

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE LYON

Année 1966 - N° 126

TITRE DE LA THÈSE

FISTULES - DIGESTIVES
APRÈS CASTRECTOMIE

(Travail de la clinique chirurgicale C
Professeur P. BERTRAND)

THÈSE

présentée

à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Lyon
et soutenue publiquement le 29 Juin 1966
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Roger PESCHAUD

né le 22 Mars 1933

à TUNIS (Tunisie)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553410_0032

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE LYON

Année 1966 - N° 126

TITRE DE LA THÈSE

FISTULES - DIGESTIVES
APRÈS CASTRECTOMIE

(Travail de la clinique chirurgicale C
Professeur P. BERTRAND)

THÈSE

présentée

à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Lyon
et soutenue publiquement le 29 Juin 1966
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Roger PESCHAUD

né le 22 Mars 1933

à TUNIS (Tunisie)

Année 1955 - 1956

TITRE DE LA THÈSE

FISTULES - DIGESTIVES
APRÈS GASTRECTOMIE

(Travail de la clinique chirurgicale)
Professeur P. BERTRAND



Y F I S S E

présentée

à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Lyon
et soutenue publiquement le 19 juin 1956
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Roger PESCHAUD

né le 12 Mars 1927

à TUNIS (Tunisie)

**FACULTE MIXTE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE DE LYON**

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyens Honoraires :

M. J. LEPINE - Membre de l'Institut
M. H. HERMANN - Correspondant de l'Institut

Doyen : M. J. F. CIER

Assesseurs : M. M. LEVRAT

Conseiller Administratif : H. PRUVOST

J. DORCHE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PATEL - LEPINE - TRILLAT - MOURIQUAND - GARIN - GATE - MARTIN -
GABRIELLE - SANTY - DUCLOS - GUILLEMINET - HERMANN - ROCHET -
POLLOSSON - ENSELME - WERTHEIMER - SARROUY.

PROFESSEURS

MM. CIBERT	Clinique Urologique
PONTHUS (détaché à Beyrouth)	Physique biologique
DECHAUME	Clinique Neuro-psychiatrique et d'Hygiène mentale
CHAMBON	Chimie organique et toxicologie
PAUPERT-RAVAULT	Clinique médicale B
FROMENT	Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires
CROIZAT	Clinique médicale C
MALLET-GUY	Clinique chirurgicale A
REVOL	Pharmacie galénique
PIGEAUD	Clinique obstétricale
BOURRET	Médecine du Travail
LEVRAT	Clinique médicale A
SOHIER	Hygiène et action sanitaire et sociale
NETIEN	Botanique et cryptogamie
BERTRAND	Clinique chirurgicale C
BADINAND	Chimie analytique pharmaceutique
DREVON	Pharmacie chimique et pharmacologie
ROCHE	Médecine Légale et déontologie
COUDERT	Parasitologie et pathologie exotique
MOUNIER-KUHN	Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio-phonologie
PAUFIQUE	Clinique ophtalmologique
THIERS	Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie

MM. BRUN

CREYSSSEL
 DARGENT
 GUICHARD
 GIRARD Paul
 LATARJET
 PEYCELON
 GIRARD Marcel
 VACHON
 GALY
 PAPILLON
 JEUNE
 GONIN
 MONNET
 BANSSILLON
 CHATONNET
 GUINET
 TRILLAT
 FREIDEL
 MARION Joseph
 DORCHE
 DUMONT Louis
 PERROT
 CIER J. F.
 PERRIN J.
 MICHAUD Pierre
 MATHIEU
 FAUCON
 BERTOYE
 VIGNON

 CIER André
 VINCENT D.
 X.....
 X.....
 X.....

Clinique de pneumo-phtisiologie
 Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique
 Clinique carcinologique
 Anatomie pathologique
 Pathologie générale et expérimentale
 Anatomie
 Clinique chirurgicale B
 Clinique médicale D
 Pathologie médicale
 Physio-pathologie des voies respiratoires
 Radiologie
 Clinique médicale infantile et hygiène du 1er âge
 Thérapeutique
 Clinique médicale infantile B
 Physiologie et pathologie obstétricales
 Physiologie B
 Clinique endocrinologique
 Clinique de chirurgie orthopédique
 Clinique stomatologique
 Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantiles
 Matière médicale et législation pharmaceutique
 Histologie et embryologie
 Chimie
 Physiologie A
 Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire
 Clinique de chirurgie cardiaque
 Clinique gynécologique
 Biologie médicale et pharmacodynamie
 Clinique des maladies infectieuses
 Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale
 Pharmacodynamie
 Biochimie appliquée
 Chimie biologique et médicale
 Bactériologie
 Pathologie chirurgicale

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

MM. BERGER
 MANSUY
 COLLET
 LACROIX
 LIARAS
 LECUIRE
 REVOL
 GOINARD

 PONT Maurice
 TRAEGER

Physique nucléaire appliquée à la médecine
 Neuro-chirurgie
 Chimie générale et pharmaceutique
 Hygiène et climatologie
 Clinique chirurgicale propédeutique
 Neuro-chirurgie
 Hématologie
 Clinique thérapeutique chirurgicale et chirurgie expérimentale
 Médecine générale
 Pathologie métabolique et rénale

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. ROMAN	Parasitologie
FEROLDI	Anatomie pathologique
MORET	Physique biologique
ODDOUX	Botanique et cryptogamie
de SOLLIERS	Chimie analytique
DESPIERRES	Médecine générale
GARIN	Parasitologie
TOLOT	Médecine du travail
THIVOLET	Hygiène

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES TITULAIRES

CREYSSSEL Roger	Chimie biologique
PINET	Electro-radiologie
GUYOTAT	Neuro-psychiatrie
DESCOTES	Chirurgie générale
JOUVET	Pathologie expérimentale
PEYRIN	Physique biologique
TOMMASI	Anatomie pathologique
BUFFARD	Electro-radiologie
LEJEUNE	Médecine générale et thérapeutique
de MOURGUES F.	Stomatologie
NAUSSAC	Maladies infectieuses
REBOUILLAT	Chirurgie générale
ROMAGNY	Pédiatrie
DELAHAYE	Médecine générale
DELEUZE	Anesthésiologie
GIRAUD	Electro-radiologie diagnostic et thérapeutique
MICHEL	Anesthésiologie
FRANCOIS	Pédiatrie et puériculture
MICHOULIER	Chirurgie générale
COLOMB	Dermatologie
LAMBERT	Médecine générale
FRIES	Médecine générale
GILLY	Pédiatrie
ROBERT	Médecine générale
BOUCHET	Anatomie
BETHENOD	Pédiatrie
GERMAIN	Immunologie, sérologie, hématologie
KALB	Pneumo-phthisiologie
LARBRE	Pédiatrie
SOUSTELLE	Chirurgie générale
VIALA	Médecine générale
VINCENT	Bactériologie
GIROD	Histologie et embryologie
GRAS	Chimie biologique

MM. MALLEIN	Chimie analytique
COLIN	Médecine légale
BERTRAND	Chimie biologique
MARET	Chirurgie générale
VIALLIER-RAYNARD	Bactériologie
CHOLLAT	Electro-radiologie
FLEURETTE	Bactériologie

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES STAGIAIRES

MM. FAVRE-GILLY	Hématologie
RIFFAT	Hygiène
FLANDROIS	Physiologie
ROLLET	Pharmacie galénique
BIZOLLON	Physique

AGREGES EN EXERCICE

MM. MARION Pierre	Chirurgie générale
BONAMCOUR	Ophtalmologie
de MOURGUES Georges	Chirurgie générale
DEVIC	Médecine générale
DUMONT Martial	Obstétrique
DURAND	Urologie
FRANCILLON	Chirurgie générale
SAUBIER	Chirurgie générale
SCHOTT	Neuro-Psychiatrie
ALLEGRE	Neuro-chirurgie
CHASSARD	Electro-radiologie
FAYSSE	Orthopédie
GAILLARD	Oto-rhino-laryngologie
GARDE	Médecine générale
HUGONNIER	Ophtalmologie
MORNEX	Médecine générale
MOUNIER-KUHN Alain	Chirurgie générale
NORMAND	Médecine générale
PERRIN André	Médecine générale
DUMAS	Stomatologie
GARMIER	Obstétrique
NOEL	Médecine générale
SCHNEPP	Orthopédie
NOTTER	Gynécologie obstétricale

Examineurs de la Thèse :

- Président : M. le Professeur P. BERTRAND

- Assesseurs : MM. J. PERRIN

J. FRANCILLON

M. JAUBERT de BEAUJEU

Cette thèse
écrite à la mémoire de mon père dont la vie trop brève ne put inspirer la nôtre
est dédiée

A MA MERE

Nous lui devons tout. Elle reste pour
nous l'exemple idéal du travail, du dé-
vouement et de la bienveillance malgré
l'adversité.

A MA FEMME ET A MA FILLE

En témoignage de mon amour.

A TOUS MES PARENTS

Dont l'affection nous est chère et
indispensable.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur P. BERTRAND

Pendant un semestre passé dans son service nous avons été séduit par l'étendue et la clarté de son enseignement, visant toujours à l'essentiel.

L'incomparable atmosphère qu'il fait régner autour de lui restera un des plus chers souvenirs de notre internat.

Nous le remercions de nous avoir confié ce travail, espérant de ne l'avoir point trop déçu.

Il nous a toujours manifesté une grande bienveillance, nous sommes heureux de pouvoir ici lui exprimer notre gratitude et notre respectueux attachement.

A NOS MAITRES ET JUGES

Monsieur le Professeur J. PERRIN

Il nous fait le grand honneur d'accepter d'être notre juge. Nous avons pu apprécier pendant un semestre dans son service, sa très grande bonté, la clairvoyance de ses indications et l'honnêteté extrême de leur exécution.

Nous le remercions de son enseignement qui nous fit aimer l'urologie. Nous l'assurons de notre respectueux dévouement.

Monsieur le Professeur Agrégé M. JAUBERT DE BEAUJEU

Un semestre trop court passé dans son service nous a enthousiasmé par la précision de sa technique opératoire, et l'extrême souci des suites dans le domaine si difficile de la chirurgie thoracique et infantile. Nous le remercions de son enseignement et de la bienveillance qu'il nous a manifestée en acceptant d'être notre juge. Nous tenons à lui exprimer ici notre respectueux attachement.

Monsieur le Professeur Agrégé J. FRANCILLON

Nous avons été conquis par la rigueur et la précision de son enseignement. Interne dans son service nous avons pu apprécier son extrême courtoisie, la sagesse de ses indications et le souci constant de l'élégance et de la perfection technique. Ses conseils nous ont été très précieux au cours de la rédaction de ce travail. Il nous fait l'honneur de nous accueillir au nombre de ses élèves, nous l'assurons de notre gratitude et de notre sincère dévouement.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externe provisoire

Monsieur le Professeur P. MALLET GUY
Monsieur le Professeur L. ROCHE

Externat

Monsieur le Professeur M. GUILLEMINET
Monsieur le Professeur M. DARGENT
Monsieur le Professeur J. CIBERT
Monsieur le Professeur E. POLLOSSON
Monsieur le Professeur M. BERNHEIM (in mémorian)
Monsieur le Professeur M. LEVRAT et
Monsieur le Professeur Agrégé R. BRETTE.

Internat provisoire

Monsieur le Professeur P. PAUPERT-RAVAULT
Monsieur le Professeur CROIZAT et
Monsieur le Professeur Agrégé REVOL.

Internat

Monsieur le Professeur M. DARGENT
Monsieur le Professeur Agrégé R. DESJAQUES et
Monsieur le Docteur Ch. GODINOT
Monsieur le Professeur Agrégé M. JAUBERT DE BEAUJEU
Monsieur le Professeur E. POLLOSSON et
Monsieur le Docteur Y. ROCHET
Monsieur le Professeur A. TRILLAT
Monsieur le Professeur P. BERTRAND et
Monsieur le Docteur M. POUYET
Monsieur le Professeur J. PERRIN
Monsieur le Professeur Agrégé J. FRANCILLON.

A NOS MAITRES DE LA FACULTE

Laboratoire d'Anatomie :

Monsieur le Professeur M. LATARJET

Monsieur le Professeur Agrégé P.E. DUROUX

Monsieur le Professeur Agrégé A. BOUCHET

Monsieur le Professeur Agrégé G. BRAILLON

Laboratoire de Chirurgie opératoire :

Monsieur le Professeur Ph. ROCHET

Monsieur le Professeur Agrégé R. LABRY

Monsieur le Professeur Agrégé J. FRANCILLON

Monsieur le Professeur J. PERRIN

A NOS CONFERENCIERS D'EXTERNAT ET D'INTERNAT

Messieurs le Docteurs : J. BARBIER - J. GAUTHIER - P. BOULIER - J. CHABAL -
CHASSARD - J. PASQUIER.

A NOS CONFERENCIERS DE L'ECOLE DE CHIRURGIE

A Monsieur le Professeur Agrégé P. MAILLET

que nous tenons à remercier pour la
qualité et la distinction de son enseignement.

LES FISTULES DIGESTIVES APRES GASTRECTOMIE

INTRODUCTION

Les complications des gastrectomies, qu'elles soient post-opératoires immédiates , secondaires ou lointaines ont fait l'objet d'un nombre considérable de travaux, et l'époque n'est plus aujourd'hui où l'on peut discuter la valeur d'une opération qui a fait depuis longtemps ses preuves.

Les progrès réalisés dans les indications, la préparation, la réalisation de cette opération en ont amélioré considérablement les résultats , la mortalité globale restant actuellement inférieure à 5% dans de nombreuses statistiques. Dans une étude complète en 1955 , DETRIE analysant les principales causes des "gastrectomies mortelles" , relevait à cette époque un certain nombre de statistiques parmi lesquelles celles de :

- MARIO FORNI 1414 gastrectomies pour ulcère avec mortalité 1,20%.
- LEFEVRE 800 gastrectomies, mortalité 1,8% ;
- HUBER 2655 gastrectomies pour ulcère, mortalité de 5%.

La comparaison de statistiques d'époques différentes montrent de façon encore plus précise l'amélioration progressive des résultats.

C'est ainsi que

GARDNER a groupé un certain nombre de séries dans lesquelles la mortalité s'étage entre 1 et 8% suivant le nombre de cas et la période envisagée.

- KURZWEG (1940-1950) 649 cas, mortalité 8%.
- PEARCE (1949-1955) 406 cas, mortalité 2,7%.

-- PAINE (1950-1960) 684 cas, mortalité de 5,7%.

-- GARDNER (1948-1960) 451 cas, mortalité 5,5%.

Enfin ANDERSON a rapporté en 1960 sa statistique de 255 gastrectomies pratiquées en 5 ans (1954-1958) avec une mortalité totale de 4,7%.

L'étude de ces différentes séries montre que les causes de cette mortalité extrêmement variable suivant les indications de la gastrectomie, et la période considérée, sont essentiellement le fait de complications post-opératoires précoces liées à l'acte opératoire.

Parmi celles-ci, hémorragie digestive, éviscération, occlusion pancréatites ou mauvais fonctionnement de la bouche anastomotique, ont fait l'objet de multiples travaux.

--- Par contre les fistules digestives survenant après gastrectomie ont rarement été étudiées dans leur ensemble, elles sont rapportées de façon disparate dans la littérature sous la forme de quelques cas isolés.

Elles représentent pourtant une proportion notable de complication des gastrectomies, elles sont le témoin de la débilité, parfois transitoire, d'une anastomose digestive, ou d'une agression per opératoire, quelque fois méconnues, des voies biliaires ou pancréatiques. Elles se présentent sous de multiples aspects anatomocliniques, et évolutifs, posant toujours des problèmes difficiles de rééquilibre biologique et parfois de reprises opératoires souvent laborieuses.

--- Nous avons utilisé pour cette étude une importante série de gastrectomies réalisées dans le service du Professeur BERTRAND par lui-même ou ses collaborateurs durant une période allant de 1942 à 1965 :

. Gastrectomie indiquée pour des causes diverses, essentiellement ulcères et cancers, accessoirement ulcère peptique, tumeur bénigne...

. Gastrectomie de type varié, avant partielle inférieure, les plus employées, mais aussi polaire supérieure, gastrectomie totale simple ou élargie.

Cette statistique, apparemment polymorphe dans sa composition présente n'importe une unité certaine sur le plan des indications et de la réalisation technique. Étendue sur 23 années elle montre aussi l'amélioration progressive

des résultats due aux perfectionnements techniques que la chirurgie viscérale a connus pendant ce laps de temps, permettant de réduire très notablement la fréquence de ces fistules digestives après gastrectomie. C'est pourquoi il nous a paru utile, indépendamment d'une statistique d'ensemble, d'envisager à propos de chaque variété anatomo-clinique sa fréquence dans les dix dernières années. (Question à l'ordre du jour du Congrès de Chirurgie de 1967).

. Nous avons relevé 1090 gastrectomies de causes variées dont 483 pratiquées pendant les 10 dernières années.

Sur cet ensemble nous avons retrouvé :

- 12 fistules après anastomose gastrojéjunales succédant à une gastrectomie partielle inférieure.
- 1 fistule après gastrectomie polaire supérieure.
- 7 fistules après gastrectomie totale.
- 12 fistules duodénales
- 7 fistules biliaires
- 2 fistules pancréatiques.

Soit au total:

- 41 fistules sur 1090 gastrectomies soit 3,8%

et pour ces dix dernières années :

- 16 fistules sur 483 gastrectomies soit 3,5%

Le terme même de fistule digestive après gastrectomie, élimine à priori les lâchages intrapéritonéaux des anastomoses, nous les avons donc exclus de cette statistique, mais pour chaque variété de fistule, nous avons parallèlement rapporté ces complications intrapéritonéales de même origine, permettant ainsi d'une part d'établir une comparaison dans l'évolution et d'autre part d'exploiter les données anatomopathologiques fournies par les réinterventions ou les constatations nécropsiques pratiquées.

PLAN D'ENSEMBLE

Nous envisagerons ces fistules digestives sous deux aspects :

I) Dans une première partie nous analyserons successivement chaque variété anatomique.

- a) fistule gastrojéjunale après gastrectomie partielle inférieure
- b) fistule oesogastrique après gastrectomie polaire supérieure
- c) fistule oesoduodénale ou oesojéjunale après gastrectomie totale
- d) fistule duodénale par le lâchage du moignon, ou par déhiscence d'une anastomose gastroduodénale
- e) fistule biliaire
- f) fistule pancréatique.

Nous étudierons les aspects anatomiques cliniques et évolutifs de chacune de ces variétés essayant de dégager les facteurs essentiels de prévention de tels accidents, et les directives thérapeutiques proposées dans chaque cas. Cette première partie étant plus spécialement orientée vers la technique chirurgicale.

II) Une deuxième partie synthétique essaiera d'envisager les principales thérapeutiques d'ensemble de toutes les fistules digestives à la lumière des méthodes de réanimation modernes. Ces procédés restant actuellement à la base du traitement de telles complications. Ils permettent d'espérer la guérison des fistules dans un nombre important de cas, ils autorisent des gestes chirurgicaux dans de bien meilleures conditions. Nous essaierons de les situer dans chaque variété de fistules. Cette deuxième partie étant orientée vers les problèmes biologiques de rééquilibration et de diététique communs à la plupart des fistules digestives.

III) Enfin, l'étude d'ensemble des résultats de la totalité de cette statistique d'une part, et des cas observés pendant les 10 dernières années d'autre part, nous permettra de préciser la gravité de certaines formes.

P R E M I E R E P A R T I E

LES DIFFERENTES VARIETES DE FISTULES

C H A P I T R E I

FISTULES GASTRO JEJUNALES

Terminer une gastrectomie partielle inférieure par une anastomose gastro jéjunale représente de nos jours un geste courant bien codifié, exposant dans l'ensemble très rarement à la fistulisation. Deux tranches digestives bien vascularisées prêtant bien à la suture monoplan à points séparés extra muqueux, au fil non resorbable, cicatrisent, dans l'immense majorité des cas, sans incident.

Ainsi, les fistules gastro jéjunales ne tiennent aujourd'hui qu'une place très modeste dans le cadre des complications post opératoires précoces des gastrectomies. Considérées par tous les auteurs comme rares, elles n'ont fait qu'exceptionnellement l'objet de travaux d'ensemble.

- ANDERSON étudiant les complications de 255 gastrectomies ne rapporte que 3 cas.
- EDMUNDS colligeant les fistules du tractus digestif, survenues dans des circonstances variées rapporte 13 fistules gastro jéjunales sur 157 cas.
- HUBER (VIENNE) publie une importante statistique de 2147 gastrectomie type FINSTERER, trouve 15 morts dus à la désunion de l'anastomose gastro jéjunale qu'elles soient intra-péritonéales ou source de fistules cutanées. Elles représentaient néanmoins une partie notable de la mortalité totale.

En fait, ces fistules ne peuvent être envisagées que dans le cadre de statistiques importantes de gastrectomies étalées sur une période assez longue, permettant de tenir compte de l'amélioration technique progressive, qui joue un rôle de premier plan dans la survenue de tels accidents.

Le lâchage de telles anastomoses gastro-jéjunales peut théoriquement revêtir deux aspects cliniques de fréquence et de gravité inégales :

- Précoce il peut donner lieu à une complication péritonéale aiguë.
- En général une barrière d'adhérences permet la constitution d'une fistule cutanée.

NOTRE MATERIEL D'ETUDE

Il repose sur un ensemble de 1090 gastrectomies effectuées dans le service du Professeur BERTRAND entre 1942 et 1965.

Nous avons pu retenir 12 observations de fistules gastro-jéjunales vraies et 3 observations de péritonites diffuses sous fistulisation cutanée.

A/ Notre sujet étant essentiellement l'étude de fistules nous ne ferons que citer le lâchage d'anastomose source de syndromes péritonéaux aigus, rapidement mortels, vérifiés à la nécropsie, ou contrôlés par une réintervention précoce. (Observations A.1.2.3.) (Tableau I).

Nous pouvons faire état de 3 observations de ce type survenues deux fois après gastrectomie pour ulcères (Billroth 2, au bouton I cas, et Polya I cas) et une fois après gastrectomie pour cancer (Polya).

Les protocoles opératoires témoignent deux fois sur trois d'une mauvaise qualité de l'étoffe gastrique.

- Un ulcère haut situé de l'estomac (A2) associé à un ulcère duodénal a rendu la gastrectomie laborieuse obligeant à une recoupe gastrique. La réintervention précoce au 2ème jour pour syndrome péritonéal a trouvé des tissus présphacéliques.
- Une gastrectomie pour cancer chez un homme de 70 ans a obligé du fait de l'existence d'adénopathies coronaires à une section haute de la coronaire stomachique et à une section des vaisseaux

TABLEAU I

<u>M</u>	<u>Année</u>	<u>Age</u>	<u>Lésions</u>	<u>type de</u> <u>Gastrectomie</u>	<u>Signes</u> <u>cliniques</u> <u>de la</u> <u>complication</u>	<u>Réintervention</u>	<u>Evolution</u>	<u>Vérification</u>
A ₁ PA...	1943	55	<u>Ulcère</u> P C	Billroth 2 Bouton			<u>Décès</u> 4ème jour	Lâchage des sutures
A ₂ BRA ...	1956	54	<u>Ulcère</u> D, cicatrisé (CEA) <u>Ulcère</u> haut situé (PC)	Polya (drain)	Tableau Péritonéal	Fistule 2° jour. Tissu d'aspect préphacélique (1 drain)	<u>Décès</u> le soir même.	
A ₃ BOY...	1954	70	<u>Cancer</u> P C <u>Adénopathies</u> coronaires ++	Polya Subtotale vraie Jéuno-jéjunostomie	" 2°		<u>Décès</u> 8ème jour	Lâchage gastro- jéjunal (Face Postérieure) 1 cm

LACHAGE INTRAPERITONEAL D'UNE

ANASTOMOSE GASTRO-JEJUNALE

3 Observations -

3 Décès.

courts. La gastrectomie fut une subtotale vraie, l'anastomose laborieuse et serrée, terminée par une jéjuno-jéjunostomie.

Un tableau péritonéal progressif a entraîné la mort au 8ème jour, la vérification nécroscopique a montré un lâchage de la partie postérieure de l'anastomose sur un cm.

Dans ces 3 observations la Péritonite post-opératoire dues aux lâchages de l'anastomose a été mortelle.

Une seule fois une réintervention précoce n'a pas permis d'obtenir la guérison.

Ces déhiscences n'ont pas donné lieu à une fistulisation cutanée probablement parce que la fuite a été très précoce : Manifestations cliniques douloureuses abdominales le 1er et le 2ème jours post-opératoires dans les observations A2 et A3, fuite intra-péritonéale avant la constitution d'un barrage adhérentiel.

Le drainage peut être discuté mais son rôle prophylactique n'est pas absolu. Dans une de nos observations le drain n'a pas empêché la production d'une péritonite.

Ainsi, cette forme clinique, rare de nos jours, est d'une haute gravité : 3 observations - 3 morts.

La gravité de ces lâchages intra-péritonéaux de suture est connue de longue date, elle a été encore soulignée dans une série de travaux de l'Académie de Chirurgie consacrée aux réinterventions précoces en chirurgie abdominale (GERMAIN)

La difficulté étant double :

- diagnostic difficile dans cette période post-opératoire précisé d'un syndrome péritonéal bâtarde, parfois trompeur : masque pulmonaire, ou neuropsychiatrique à type d'agitation mis sur le compte d'un terrain volontiers éthylique.

- thérapeutique malaisée, les signes diffusants imposent une nouvelle laparotomie de drainage (1 fois dans nos observations) ou de recoupe gastrique suivant l'horaire opératoire, et l'état du malade.

B / Ces déhiscences anastomatiques rares dans leurs formes aiguës de Péritonites le sont un peu moins dans leurs aspects subaigus et plus tardifs aboutissent à une fistulisation cutanée.

Ces fistules gastro-jéjunales qui représentent le but de notre travail sont au nombre de 12 cas dans notre série.

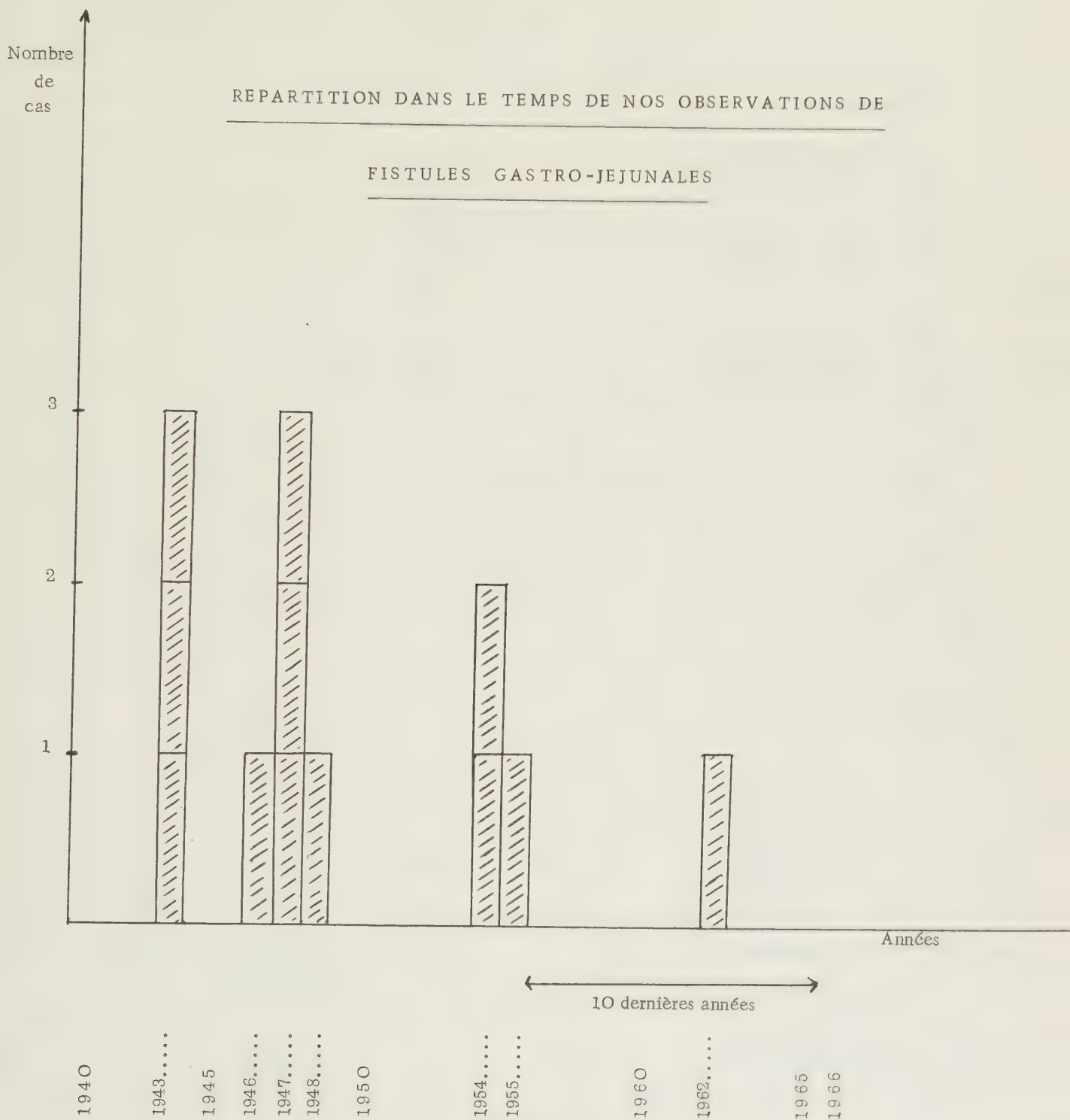
Elles sont évidemment devenues beaucoup plus rares de nos jours et la répartition dans le temps de nos différentes observations, prouve que dans ces dix dernières années I seul cas a été noté.

(Tableau II)

Nous tenons d'expliquer par l'étude des conditions étiologiques et cliniques la raréfaction de ces complications, avant d'envisager les tentatives thérapeutiques qui sont essentiellement médicales ; l'avenir évolutif de ces fistules et les résultats de notre série.

(Tableau III) Résumé de nos observations.

TABLEAU I I



N° Obs.	Année	Age	LESIONS	Type de GASTRECTOMIE	Jour d' Apparition de la fistule.	TRAITEMENT	Evolution
1 MAR..	1943	64	Ulcère PC	Billroth 2 Bouton	9è	Sonde de Camus Transanastomotique	Guérison
2 CHAR.	1943	49	Cancer grande courbure	Billroth 2 Bouton + Colectomie		Aspiration locale	Guérison
3 CEN..	1946	53	Ulcère double Pylore + PC	Polya	12è	"	Guérison en 3j
4 DUT..	1947	44	Ulcère Duodénal	Polya		Aspiration locale Soupe de pain cuit	Guérison en 1m
5 BON...	1947	38	Cancer pylorique en sténose	Polya	6è	Aspiration locale	Guérison
5 bis REY..	1947	56	Cancer pylorique en sténose	Polya		Aspiration continue	<u>Décès</u> Cachexie
6 Ca...	1948	67	Ulcère géant sous cardiaque	Billroth 2 Suture	2è	Essai de passage d'une sonde transanastomotique	<u>Décès</u> 7ème j
6 bis ALA..	1943	42	Ulcère D 1 + Ulcère juxta cardiaque	Billroth 2 Bouton		Intervention au 3ème j. pour syndrome péritonéal puis fistule	<u>Décès</u> Nécrose autour du bouton
7 CRO..	1954	42	Ulcère triple	Billroth 2 Suture	4è	Aspiration locale	Guérison 2 mois
8 PAR..	1954	69	KC Pylore en sténose	Billroth 2 Bouton		Aspiration locale Soupe de pain cuit Placenta	<u>Décès</u> 20ème j.
9 MOM.	1955	46	Ulcère PC hémorragique	Finsterer	6è	Aspiration locale	Guérison en 2 mois
10 SCH..	1962	60	Ulcère sous cardiaque	Polya	7è	Aspiration locale Soupe de pain cuit	Guérison en 10 jours

TABLEAU III

I - LES CONDITIONS ETIOLOGIQUES

Les conditions étiologiques de production d'une fistule gastro-jéjunale peuvent faire discuter trois séries de facteurs :

1) - Facteurs Anatomiques, propres à toutes les anastomoses digestives en conditionnant le succès, feront intervenir :

- La qualité de l'étoffe et ses altérations possibles du fait de la situation ou de l'extension de la lésion gastrique, avec surtout comme corollaire :
- Sa bonne vascularisation : Elle ne pose pas de problème en cas d'anastomoses gastro-jéjunales mais dans certaines circonstances d'exérèse étendue elle peut représenter un facteur favorisant indiscutable.

2) - Facteurs Techniques : ils ont subi par contre au fil des années de multiples et indiscutables améliorations. Ils sont le facteur essentiel expliquant la rareté actuelle de ces fistules gastro-jéjunales, ils nous amènent à discuter le type de gastrectomie, et surtout la modification progressive de la confection de l'anastomose.

3) - Quant aux Facteurs Généraux, s'ils viennent loin derrière les précédents, ils n'en persistent pas moins. La chirurgie gastrique dans ses multiples indications et surtout Ulcère et Cancer s'adresse souvent à des malades âgés fragiles, parfois presque cachectiques, dont les possibilités de cicatrisation sont sommaires et souvent mal connues ou insuffisamment améliorées avant l'intervention.

Ces facteurs ont bénéficié des progrès de la préparation et de la réanimation, ils sont néanmoins susceptibles encore d'une amélioration dans l'avenir.

1) - Les Facteurs Anatomiques

Ils sont essentiels car ils représentent un élément fixe dans le temps et peuvent à ce titre toujours se présenter.

Déjà en 1937 SANTY écrivait :

" Le risque de désunion de suture ne peut être complètement supprimé dans la chirurgie gastro-duodénale ~~quelle que~~ soit la minutie opératoire. Il est inhérent aux opérations qui ne peuvent dépasser largement les lésions inflammatoires et comportant une suture sur une paroi malade , c'est le fait des ulcères rétractiles, haut situés dans la petite courbure....".

A - Cette qualité de l'étoffe digestive s'est souvent avérée médiocre dans notre série de 12 observations qui couvrent 8 gastrectomies pour Ulcère et 4 gastrectomies pour Cancer.

1) C'est spécialement dans la gastrectomie pour Ulcère (8 cas) que le problème peut se poser.

Il s'agissait toujours d'ulcères très anciens pour lesquels la thérapeutique chirurgicale n'a été envisagée que très tardivement. (Evolution clinique de plus de 10 ans) remaniant, par la sclérose rétractile, considérablement la paroi gastrique.

Cette ancienneté évolutive grave sur le plan local se double d'autant plus d'un retentissement général supérieur (amaigrissement de plus de 10 Kg, vomissements ... (en particulier dans l'observation N° 1-1943).

- L'étendue lésionnelle considérable ayant fait de la maladie ulcéreuse une maladie loco-régionale.

Sur la paroi gastrique elle-même où les dimensions de l'ulcère atteignaient une paume de main (dans l'observation 6)

A la périphérie où la perforation bouchée pancréatique ou hépatique (observations 1-3-7-6-2 bis) rendait inutilisable ou dangereuse pour la suture une partie encore plus importante de la paroi gastrique.

Elle fut observée 5 fois sur 8 dans nos gastrectomies pour ulcères suivies de fistules (observations 1-3-7-6-2 bis)

1 fois . des conditions analogues furent rencontrées (dans l'observation 4) pour un ulcère duodénal, la face postérieure de l'estomac fut d'une libération difficile et dangereuse pour les canaux pancréatiques, car ce malade avait été opéré antérieurement pour un pseudo-kyste pancréatique.

- La multiplicité des ulcères a encore souvent altéré cette paroi. Parmi nos 8 observations, 2 malades présentaient une double localisation
 Pylore + Petite Courbure (Obs. 3)
 Duodénal et juxta cardiaque (Obs. 2 bis)
 et une fois une triple localisation (obs. 7)
 Prépylorique, petite courbure et sous cardiaque.

- Enfin, la localisation même de l'ulcère nous semble être un des facteurs principaux de ces circonstances étiologiques d'ordre anatomique dans la production d'une fistule.

Ulcère gastrique 7 sur 8 cas , et surtout 6 fois ulcérations haut situées,, souvent sous cardiaque rendant alors difficile la dissection et l'anastomose et ayant même rendu impossible, dans l'observation 6, une gastrectomie totale du fait de la mauvaise qualité de la paroi oesophagienne abdominale.

Envisagée sur le plan de la fistulation qui nous intéresse , cette localisation haute par sa fréquence (6 sur 8 cas) ne fait que confirmer la gravité de ces ulcères haut situés , même de nos jours, et les difficultés qu'il y a à assurer une anastomose de bonne qualité lorsque ces ulcères haut situés atteignent une dimension notable.

Nos deux morts sur cette série de fistules gastro-jéjunales après gastrectomie pour ulcères sont dus à des fistules survenues pour des ulcères haut placés (obs. 6 et 2 bis).

La notion de gravité de ces ulcères est fort anciennement connue puisque FINSTERER lui-même pour 614 résections pour ulcères haut situés retient une mortalité de 7,8% dont 10,4% de résections sur 426 gastrectomies en gouttière.

2) Parmi nos 4 cas de fistulations gastro-jéjunales après gastrectomie partielle inférieure pour Cancer, les protocoles opératoires témoignent aussi de la mauvaise qualité de l'étoffe.

Il est classique de noter qu'un Cancer digestif, par son étendue et par l'infiltration pariétale qu'il réalise, peut rendre précaire une suture digestive, en particulier dans le domaine gastrique.

- Atération pariétale rendue encore plus importante par la distension: sur nos 4 observations, il s'agissait 2 fois de Cancer pylorique en

grande sténose, aggravée encore par

- l'extension loco-régionale (envahissement pancréatique, colectomie de nécessité dans notre observation 2)

- l'extension ganglionnaire surtout siège coronaire stomachique qui oblige à une dissection très haute, et à une section au ras du cardia (obs. 5) ont rendu la suture précaire, et auraient nécessité une gastrectomie totale qui ne put être réalisée par voie abdominale dans cette observation du fait du volume du lobe gauche du foie.

Cette paroi gastrique, par l'étendue de la lésion, peut encore, bien que plus rarement, souffrir d'une vascularisation insuffisante déclenchée par les manoeuvres de libération, le niveau de la section, ou le traitement des pédicules vasculaires.

B - Les Facteurs Vasculaires

Il est classique de considérer l'estomac et le jéjunum comme pourvus d'une très riche vascularisation posant peu de problèmes pour la vitalité d'une anastomose.

En fait, depuis RUTHER (1953) on connaît la possibilité de nécrose du moignon gastrique après gastrectomie partielle inférieure. Bien que nous n'ayons jamais rencontré cette complication très rare dans sa forme classique, certaines formes atténuées peuvent être à l'origine de lâchage partiel de l'anastomose et de fistule.

Ces troubles de la vascularisation sont surtout à redouter lorsqu'on lie la coronaire stomachique à son origine qui peut très rarement donner naissance à l'artère diaphragmatique inférieure et donc supprimer un apport vasculaire à la calotte gastrique, d'autant plus que parfois une splénectomie a entraîné la suppression des vaisseaux courts.

Quelle que soit l'interprétation de production ce facteur vasculaire a probablement joué un rôle déterminant dans deux de nos observations de fistules après gastrectomie pour ulcère

(Obs 7) d'un ulcère haut situé, une splénectomie a été nécessaire pour blessure per opératoire de la rate,

(Obs. 10) d'un ulcère sous cardiaque traité par gastrectomie inférieure de 9/10 après hésitation pour gastrectomie polaire supérieure.

La calotte gastrique laissée est apparue très mal vascularisée à l'opérateur. La fistule attendue est apparue au 7ème jour et a rapidement guéri.

En outre, ce facteur vasculaire a joué un rôle certain dans 2 de nos 3 observations de lâchage précoce d'anastomose, source de péritonite sous fistulisation.

. L'observation A2 où la réintervention a montré des tissus d'aspect présphacélique, l'état général et la péritonite n'ayant pas permis une recoupe gastrique.

. L'observation A3 , une gastrectomie pour Cancer obligeant à une section très haute de la coronaire stomachique du fait des adénopathies , et à une section des vaisseaux courts au ras du Pédicule splénique, a supprimé une voie d'apport important à la calotte gastrique restante.

Ainsi la vascularisation de la calotte gastrique restante après gastrectomie partielle inférieure devra être envisagée avec grand soin, au cours de l'intervention et impose parfois une recoupe ou une totalisation suivant le cas.

2) Les Conditions Techniques

Elles ont subi au fil des années une telle amélioration, qu'elles expliquent la rareté actuelle de ces fistules gastro-jéjunales. Ainsi, dans la statistique de notre Maître le Professeur BERTRAND, étalée sur près de 25 ans, un seul cas de déhiscence anastomotique gastro-jéjunale a été observé dans ces dix dernières années. Il en est ainsi d'ailleurs dans toutes les statistiques importantes portant sur de longues périodes.

Cette évolution technique peut être envisagée sous deux aspects d'inégale importance : le procédé de l'anastomose gastro-jéjunale, et surtout la technique de sa confection.

A - Le Procédé de Gastrectomie

Nos 12 observations de fistules se répartissent en :

BILLROTH 2	6 cas
FINSTERER	1 cas
POLYA	5 cas

auxquels nous pouvons rajouter nos 3 observations de lâchage , source de péritonite

BILLROTH 2	1 cas
POLYA	2 cas

qui peuvent être intéressantes à noter par les constatations nécroscopiques ou opératoires du siège de la déhiscence.

. La fréquence du nombre d'opérations type BILLROTH 2 dans notre statistique est expliquée par le fait, qu'étendue sur une longue période , beaucoup de nos observations sont anciennes, pratiquées à une époque où l'anastomose était à LYON réalisé au Bouton et justifiait ce procédé.

. Parmi nos 6 observations de BILLROTH 2 sources de fistule,

- 3 d'entre elles datent de 1943	
- 1 " " "	1948
- 2 " " "	1954

Ce procédé totalement abandonné de nos jours, pouvait exposer de deux façons à la fistulation, soit au niveau de la tranche de suture gastrique (ce qui fût vérifié à la nécropsie dans notre observation A 1), soit au niveau de l'anastomose au Bouton par nécrose à son contact (dans notre obs. 2 bis). Ce malade ayant d'ailleurs présenté successivement un lâchage de la tranche de suture source de péritonite au 3ème jours, récupéré par reprise de la suture, et jéjunostomie, et une fistulisation secondaire cutanée, vérifiée à la nécropsie le 10ème jour, et montrant une suture gastrique intacte, mais une nécrose au contact du Bouton d'anastomose gastro-jéjunale.

. Nous n'avons qu'un cas de Fistule après anastomose de type FINSTERER. Classiquement ce procédé expose au lâchage de la queue de raquette. Notre seule observation a guéri très simplement par aspiration locale, nous n'avons donc pas de constatation anatomique.

Par ailleurs, ce cas isolé ne nous permet pas de juger de ce procédé qui fut très rarement employé dans le service de notre Maître le Professeur BERTRAND qui reste, dans la grosse majorité des cas, fidèle à l'anastomose gastro-jéjunale type POLYA. Parmi les gastrectomies de ce type nous avons relevé :

5 cas sources de fistulisation : 4 guérisons , 1 décès.

2 cas sources de péritonite : 2 décès.

Une seule constatation nécropsique (observation A 3) nous permet de mentionner le lâchage, très partiel, 1 cm, de la tranche postérieure de la suture.

Ainsi, si le type de rétablissement de la continuité ne nous semble pas jouer un rôle notable dans la survenue des fistules, il n'en est pas bien sûr de même de :

B - La Confection de l'Anastomose

Elle témoigne , dans la statistique du Professeur BERTRAND , de l'évolution successive partant des anastomoses au Bouton, puis au surjet, en deux ou trois plans, pour aboutir à la suture à points séparés en un plan extra-muqueux au fil non ressortable.

L'Ecole lyonnaise à la suite de JABOULAY est en effet restée longtemps fidèle au bouton anastomotique.

Il permettait aux opérateurs très entraînés à son emploi , la confection rapide d'une anastomose digestive.

Cependant, de temps à autre, un lâchage peut lui être rapporté, peut-être par nécrose des tissus à son contact au cours du serrage.

Parmi nos observations 4 gastrectomies de type BILLROTH 2 ont été terminées par ce procédé.

Les 8 autres ont été effectuées à la suture au fil non résorbable en deux plans.

Aujourd'hui, l'évolution des techniques chirurgicales a permis une simplification des procédés de suture et les anastomoses gastro-jéjunales monoplan, minutieusement effectuées, expliquant la rareté de ces complications, mais peuvent toujours, de loin en loin, donner lieu à une petite filtration qui, en général, sera sans grande gravité.

3) Quant aux Conditions Générales

si elles sont placées bien sûr au deuxième plan, derrière les problèmes techniques, elles méritent néanmoins d'être retenues comme facteurs adjuvants, d'autant plus qu'elles impliquent des précautions thérapeutiques permettant de faciliter la cicatrisation.

L'âge ne joue qu'un faible rôle, nos malades avaient entre 38 et 69 ans, mais 4 d'entre eux avaient plus de 60 ans.

L'état général, par contre, souvent précaire, est retenu dans la plupart de nos observations.

Chez les ulcéreux anciens, l'amaigrissement supérieur à 10 Kg est sûrement un facteur très péjoratif, aggravé encore par les vomissements dus à une sténose.

L'hémorragie gastro-duodénale aiguë est sûrement un facteur important assez fréquemment noté par tous les auteurs.

Cette complication est à l'origine de l'indication opératoire dans trois de nos observations.

Ces facteurs généraux défavorables sont d'autant plus importants à noter que nos observations sont, dans l'ensemble, anciennes, et que certainement

les facteurs de réanimation et d'équilibre biologique des opérés étaient inférieurs à ce qu'ils sont aujourd'hui.

Enfin, ces notions sont encore plus importantes dans le cadre des cancers gastriques (4 observations) où l'état général est souvent précachectique, aggravé par les vomissements (3 de nos malades sur 4 étaient en sténose.

D'autant plus que les possibilités de cicatrisation des cancéreux digestifs sont sûrement très inférieures aux autres malades. Des test de cicatrisation cutanée (cyanure) peuvent objectiver ce facteur de façon plus précise.

II - CIRCONSTANCES CLINIQUES

La survenue d'un écoulement anormal au niveau de la cicatrice , spontanément ou après l'ablation d'un drain, impose très rapidement le diagnostic de fistule. Le jour d'apparition est variable. Il s'agit d'une complication post-opératoire apparaissant entre le 2ème et le 12ème jours avec un maximum de fréquence du 4ème au 6ème jours.

Le diagnostic est vite confirmé, il ne se pose en pratique qu'avec une fistule duodénale : le caractère du liquide différent et surtout l'épreuve si simple du bleu qui permet rapidement de confirmer la déhiscence gastr-jéjunale.

L'élément essentiel restera l'appréciation du volume de l'écoulement, qui traduit dans une certaine mesure l'importance de la brèche, qui permet d'apprécier les déperditions hydroélectrolytiques, de les doser et de les compenser, et enfin qui opposent :

-- les petites fistules de 100 à 200 cc qui n'entraînent que peu de pertes liquidiennes et n'altèrent que très faiblement les téguments.

-- les fistules à gros débit , rares dans cette variété (par opposition aux fistules duodénales que nous envisagerons ultérieurement) dont

les conséquences locales et générales sont très rapidement catastrophiques , aboutissant à une cachexie précoce car elles interdisent l'alimentation et dérivent à l'extérieur une partie importante des sécrétions gastriques et bilio-pancréatiques.

III - LES METHODES THERAPEUTIQUES

que l'on peut opposer aux fistules gastriques sont multiples et d'inégale importance. Elles reposent avant tout sur des thérapeutiques locales et générales, très exceptionnellement sur un geste opératoire.

La constatation d'une fistule cutanée oblige à :

- la canaliser utilisant chaque fois qu'il est possible l'aspiration continue dans le trajet fistuleux, permettant de recueillir , mesurer et analyser le liquide d'écoulement.
- l'irrigation continue à l'acide lactique qui, théoriquement, ne trouve pas d'indication dans une fistule gastrique pure, peut être employée si le liquide est doué d'activité trypsique.

Ce procédé est commun à la grande majorité des fistules digestives. Nous en préciserons ultérieurement les modalités d'application.

- poursuivre , ou reprendre si elle avait été supprimée, l'aspiration gastro-duodénale continue. Cette méthode de base de la chirurgie gastrique a représenté un énorme progrès dans l'évolution de cette chirurgie évitant la stase et la distension, sources de lâchages. Les liquides d'écoulement soigneusement recueillis et analysés permettent eux aussi une rééquilibration bien adaptée.

- Le passage d'une sonde transanastomatique a été proposé il y a fort longtemps (1937) SANTY et MALLET-GUY.

Introduite sous écran, le tube monté sur un mandrin opaque est glissé dans l'anse afférente, permet de détendre celle-ci, et peut être utilisé pour l'alimentation.

Cette méthode a pu rendre des services. Employée avec succès dans un de nos cas (obs. 1 datant de 1943). Elle ne put parfois être menée à bien (échec dans l'observation 6 datant de 1948).

- Enfin les soins locaux Éviteront avant tout les lésions cutanées en protégeant la peau au maximum de l'action corrosive des sécrétions (Pansement à la craie).

Surtout, les procédés de réanimation permettront de s'assurer la nutrition du malade, évitant la cachexie rapide qui suit toute fistulation digestive importante. Ils peuvent être réalisés de multiples façons :

- Avant les méthodes actuelles, le vieux procédé de la soupe de pain cuit, par sa constistance et sa valeur nutritive a permis de passer le cap difficile, évitant la dénutrition rapide et permettant la cicatrisation spontanée de la fistule.

Cette méthode nous a donné des succès dans les observations 4 - 8 - 10.

- Cette nutrition peut encore être réalisée par une jéjunostomie : jéjunostomie haute sur anse en Y, établie par une incision différente de l'incision première, elle permettra la reprise de l'alimentation. Mais elle représente un geste opératoire, elle connaît parfois des échecs de fonctionnement, et elle peut enfin être insuffisante dans certains cas.

Dans notre série, elle fut employée une fois sans succès dans l'observation 2 bis.

- On a proposé également la gastrostomie d'aspiration, et la mise en place par gastrostomie d'une sonde transanastomotique dans le jéjunum pour l'alimentation. Mais là encore il s'agit d'un procédé opératoire.

-- Les progrès réalisés de nos jours dans la nutrition parentérale permettent probablement de se dispenser aujourd'hui, dans un certain nombre de cas, des procédés opératoires pour assurer la nutrition pendant la période de fermeture spontanée de la fistule. Encore faut-il que ces méthodes soient utilisées de façon rationnelle, qu'elles n'excèdent pas un certain délai au-delà duquel leur efficacité s'épuise, car rien bien sûr ne remplace en matière de chirurgie digestive l'alimentation normale.

Ces procédés sont communs à l'ensemble des fistules digestives survenant après gastrectomie. Nous en préciserons ultérieurement les modalités.

Quant aux procédés opératoires de reprise de la fistule, ils peuvent, sur un plan théorique, être de 2 types :

- Fermer une fistule.

- Pratiquer une recoupe gastrique et refaire l'anastomose si les conditions locales, et surtout vasculaires semblent l'imposer.

Ils ne sont en réalité que très rarement pratiqués, car les moyens médicaux et locaux arrivent très souvent à éviter de telles reprises.

Une large déhiscence aboutirait rapidement à des conditions générales si défavorables qu'une réintervention ne peut pas s'envisager.

Ils ne semblent pouvoir être proposés que dans le cas de fistule passée à la chronicité.

Dans notre série (Obs. 2 bis) nous n'avons qu'une seule reprise opératoire pour un syndrome péritonéal après BILLROTH 2 au bouton dû au lâchage de la bouche de suture. Réfection de la suture et une jéjunostomie n'ont pas permis la guérison car le malade a constitué une fistule due cette fois à une nécrose de l'anastomose gastro-jéjunale au contact du bouton (constatation nécropsique au 10ème jour).

IV - EVOLUTION ET PRONOSTIC DES FISTULES GASTRO-JEJUNALES

Dans l'ensemble, ces fistules ont un pronostic favorable tenant à deux conditions principales :

- La situation haute de la fistule.
- La petite dimension de la brèche anastomatique.

L'évolution de telles fistules peut théoriquement se faire dans trois directions :

- . Vers la guérison : C'est le mode habituel. Elle fût obtenue 8 fois sur 12 dans notre série ; dans des délais allant de 10 à 65 jours.
- . Vers l'aggravation rapide de l'état général ; la cachexie par malnutrition, déperdition électrolytique trop importante, ou insuffisamment compensée.

Ce fut le cas de 4 de nos malades :

- 2 gastrectomies pour ulcère datant de 1943 et 1948
- 2 gastrectomies pour cancer datant de 1947 et 1954.

Cette évolution défavorable se manifeste en général très rapidement du 7ème au 10ème jour.

La jéjunostomie d'alimentation pratiquée dans 1 de ces cas n'ayant pas permis la survie.

Enfin, il faut noter que parmi ces 4 observations, 3 sont antérieures à 1950. Il est donc permis de penser que les procédés de réanimation et de nutrition employés aujourd'hui auraient peut-être permis une évolution favorable de ces fistules.

- . Enfin, dernière éventualité; l'évolution vers la chronicité d'une telle fistule gastro-jéjunale. Elle se caractérise par un faible écoulement, l'organisation du trajet fistuleux qui ne manifeste aucune tendance spontanée à la fermeture. Elle impose alors une cure chirurgicale. Nous ne l'avons pas rencontrée dans notre série.

EN CONCLUSION :

L'étude ces 12 fistules gastro-jéjunales nous a montré que le facteur étiologique essentiel de cette série était représenté par les ulcères haut situés de l'estomac dont la gravité est fort anciennement appréciée.

L'amélioration technique qu'a connue la chirurgie gastrique doit aujourd'hui rendre exceptionnelles les formes graves de ces fistules. De loin en loin, une petite filtration s'observera parfois, elle guérira dans l'ensemble par un traitement médical bien conduit (1 cas dans les 10 dernières années).

Il n'existe que de très rares indications de reprise chirurgicale hormi les troubles vasculaires aigus (Nécrose de la callote restante exceptionnelle), et les fistules passées à la chronicité.

TABLEAUX DES RESULTATS

Suivant le type de Gastrectomie

	Gastrectomie pour Ulcère	Gastrectomie pour Cancer	Evolution de la fistule	
			Guérison	Décès
BILLROTH 2 Bouton	2	2	2	2
BILLROTH 2 Suture	2		1	1
FINSTERER	1		1	
POLYA	3	2	4	1

Suivant l'étiologie

Au total en fonction de la lésion gastrique

Fistules après gastrectomies pour Ulcère 8 : 6 Guérisons 2 Décès

Fistules après gastrectomies pour Cancer 4 : 2 Guérisons 2 Décès

Total : 12 Cas : 8 Guérisons 4 Décès

C H A P I T R E I I

FISTULES APRES GASTRECTOMIE TOTALE

La Gastrectomie Totale a connu depuis le premier cas de PHINEAS CONNER, en 1884, et le premier succès de SCHLATTER, en 1897, de nombreuses améliorations techniques, et la variété des procédés connus employés de nos jours par différents auteurs, témoigne du souci majeur d'éviter la désunion d'une anastomose oeso-jéjunale, ou oeso-duodénale.

. Ce lâchage représente la cause majeure de la mortalité opératoire. LEFEVRE et LORTAT-JACOB dans leur rapport au 53ème Congrès de Chirurgie en 1950 rapportent un certain nombre de statistiques.

-- 1940 FOGED	sur 7 morts	4 désunions
-- 1947 SMITH	sur 26 morts	20 lâchages de sutures
-- 1947 LAHEY	sur 27 morts	15 lâchages de sutures
-- 1948 de VERNEJOL	sur 9 morts	5 lâchages de sutures
-- 1947 RAMSON	sur 18 morts	13 lâchages de sutures.

. Les statistiques plus récentes témoignent d'une amélioration très notable des résultats, la mortalité se situant entre 10 et 30% suivant les séries.

- STEINGRUBER sur 1500 cas émanant de 56 auteurs obtient une mortalité de 23,6%.

Le lâchage de l'anastomose reste toujours la complication majeure:

- LE ROY en 1958, 60 gastrectomies totales, 12 fistules, 5 décès
- MOUCHET en 1959, 140 gastrectomies totales, 27% de mortalité, 21 fistules ayant abouti à 16 décès.

N° Observation	Age	Diagnostic	Procédé	Anastomose	Complications	Jours	Traitement	Evolution
B 1 H 2575	37	Cancer gastrique	Voie abdominale Anastomose O.I. Type LEFEVRE + Duodéno-jéjunostomie	Suture Bouton	Péritonite	6è		Décès Lâchage partie antérieure de la suture.
B 2 H 81331	70	Cancer gastrique	Voie abdominale Interposition	Suture à points séparés	Iléus	4è		Décès Lâchage anastomose jéuno- duodénale
B 3 H 10133	44	Cancer gastrique envahissant le colon transverse	Voie abdominale Interposition Anastomose J.J.	Suture 2 plans Bouton	Péritonite	8è	Réintervention Anastomose OJ - DJ normales Lâchage partiel de la jéuno-jéjunostomie Refection	Guérison

TABLEAU I

LACHAGE D'ANASTOMOSE APRES GASTRECTOMIE TOTALE SANS FISTULISATION CUTANEE

Comme tous les lâchages d'anastomoses digestives ceux survenant après gastrectomie totale peuvent revêtir sur le plan clinique deux aspects :

- Lâchage intrapéritonéal source de péritonite, d'abcès sous phrénique;
- Fistulisation cutanée, qui représente le but de notre travail.

MATERIEL D'ETUDE

Sur l'ensemble des Gastrectomies effectuées dans le service du Professeur BERTRAND, nous avons :

71 observations de Gastrectomies Totales

Sur cet ensemble nous avons pu retenir :

- 3 observations de lâchages intrapéritonéaux d'anastomose,
- 7 observations de fistules vraies, oesojéjunales, oesoduodénales, ou jéjuno-jéjunales.

Ce qui représente 9,8% de fistules sur l'ensemble de nos gastrectomies totales.

I - Nous ne ferons que citer rapidement les lâchages intrapéritonéaux des anastomoses.

Nous pouvons en rapporter 3 cas.

(TABLEAU I)

3 observations concernant des gastrectomies totales effectuées pour Cancer abordés par voie abdominale, ces gastrectomies totales ont été terminées :

- 1 fois par anastomose type LEFEVRE (obs. B 1)
- 2 fois par une interposition de la 2ème anse jéjunale (obs. B2, B3)

Les complications péritonéales se sont manifestées entre le 4ème et le 8ème jour sous la forme de péritonites vraies (obs. B 1), d'iléus (Obs. B 2)

et de douleurs abdominales aiguës au 8ème jour (Obs. B3) survenues après injection de liquide dans la sonde d'aspiration digestive.

Les anastomoses oeso-jéjunales ont été effectuées à la suture à points séparés en 2 plans.

Deux de nos observations sont des fistules oeso-jéjunales vraies par lâchage :

-- de la face antérieure de l'anastomose dans notre observation B1
(gastrectomie totale type LEFEVRE)

-- de l'anastomose jéjuno-duodénale dans l'observation B2
interposition.

La troisième (obs. B3) classée peut-être abusivement dans ce groupe n'y appartient qu'en tant que gastrectomie totale car le lâchage ne fut que jéjuno jéjunal pour une interposition, dont seul le rétablissement de la continuité jéjunale effectué au bouton s'est désuni. Une reprise opératoire au 8ème jour permit la guérison.

Ainsi, ces lâchages intra-péritonéaux ont confirmé dans notre série la réputation de gravité:

3 cas : 2 morts - 1 guérison

Les deux morts appartiennent aux vrais lâchages oeso-jéjunales

La seule guérison ne fut en fait que le succès d'un traitement opératoire d'une fistule du grêle après anastomose au bouton.

II - Les Fistules après Gastrectomies Totales

Nous avons pu retenir 7 observations relevées dans une série de gastrectomies s'étalant depuis 1942 jusqu'en 1965.

. La Répartition dans le Temps

Le Tableau N° II montre que 4 de nos observations appartiennent aux dix dernières années.

FISTULES APRES GASTRECTOMIE TOTALE (7)

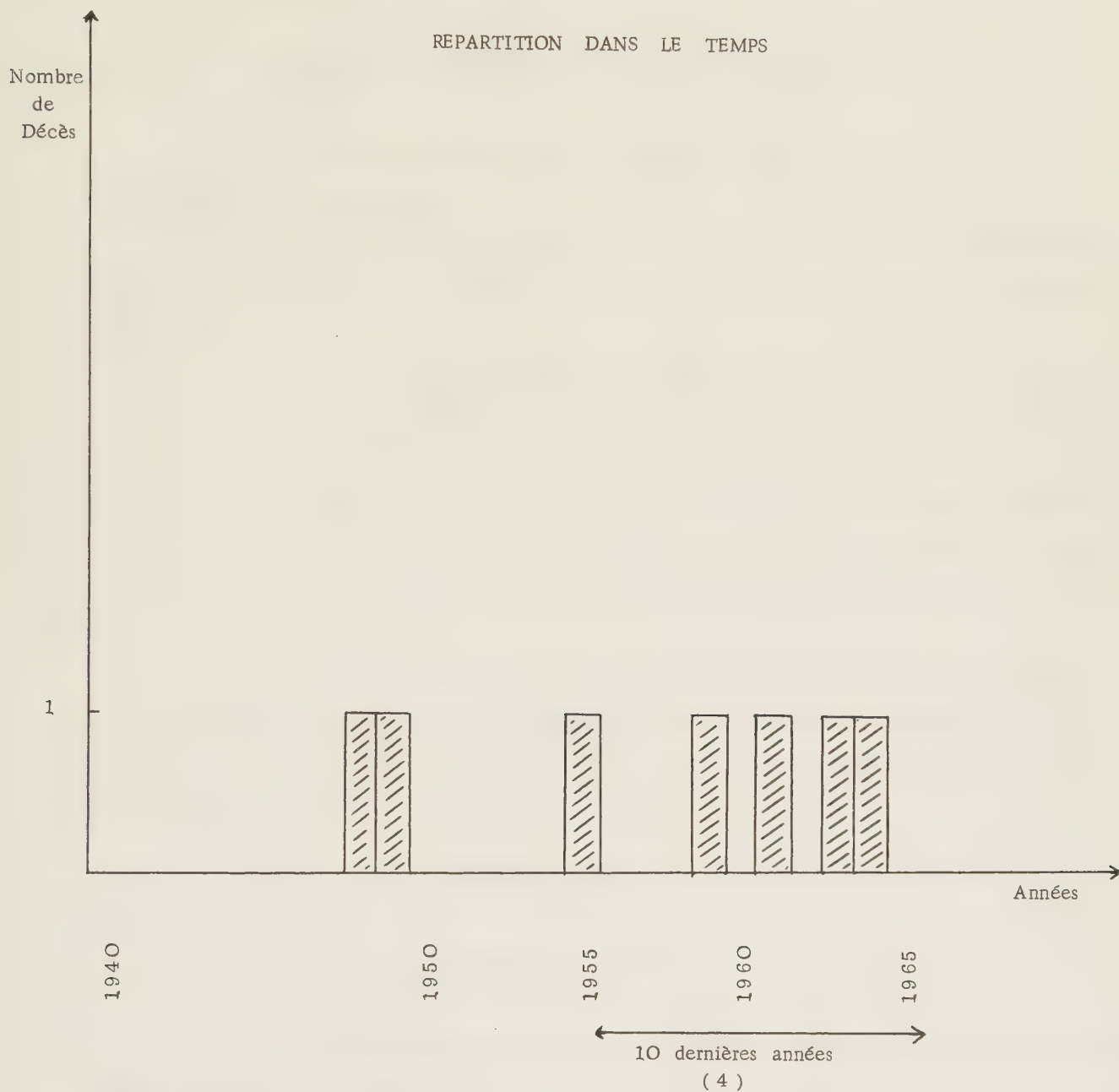


TABLEAU I I

. L'âge de nos malades s'étale entre 37 et 71 ans, 4 sur 7 avaient plus de 60 ans.

LESIONS GASTRIQUES JUSTIFIANT L'EXERESE

La Gastrectomie Totale fut pratiquée 3 fois pour Ulcères et 4 fois pour Cancers gastriques.

-- La Gastrectomie Totale pour Ulcère très rarement employée de nos jours en dehors du syndrome de ZOLLINGER ELLISON, le fut 3 fois dans notre série.

. une fois par erreur de diagnostic (Observation 7). Un Ulcère sous cardiaque très suspect macroscopiquement accompagné d'importantes adénopathies coronaires, fut pris pour un Cancer.

. Dans les deux autres cas, il s'agissait d'un énorme ulcère de la grosse tubérosité accompagné d'une hernie hiatale (observation 5), et d'ulcères multiples de la petite courbure (observation 2).

-- Quant aux 4 observations de Gastrectomies Totale pour Cancer, elles le furent dans les 4 cas par "nécessité" dont deux fois pour une linite, une fois pour un cancer de la grosse tubérosité et une fois pour une double localisation intéressant les deux courbures gastriques.

(TABLEAU III)

DATE D'APPARITION DE LA FISTULE

La fistulisation cutanée est en général apparue assez précocement entre les 2ème et 15 ème jours.

Une seule fois l'apparition fut tardive au 20ème jour (obs. 4) après des suites très fébriles, mais il s'était constitué entre temps un abcès sous phrénique, l'ouverture cutanée de celui-ci extériorisa sa cause.

N° Obs.	Année	Age	Diagnostic	Voie d'Abord	Type de G T	Jour de l'apparition de la fistule.	TRAITEMENT	Evolution
1 CH...	1948	58	Limite	Abdominale	GT Anastomose oeso Duodénale Bouton	3ème		Décès 4è jour
2 LAC..	1949	47	Ulcères Multiples de la PC	"	GT An. Oeso-jéjunale Lefevre + jj au bouton	2ème	Sonde transanastomotique sous contrôle R x	Décès après 1 mois 1/2
3 PRA..	1958	61	Cancer grosse tubérosité	"	GT An. Oeso-jéjunale 1°anse + jj à la suture	6ème		Décès 8è jour
4 SAR.	1955	37	Limite	Abd. Thor. GARLOCK	GT Oeso-jéjunale 3 plans jj	20ème		Décès 21è jour
5 SAV.	1959	71	Ulcère Face Post. GT + hernie hiatale	Abdominale	GT An. Oeso-Duodénale Suture	12ème		Guérison Sténose de la Dilatation
6 VIC.	1961	64	KC double PC et GC	Abdom.	GT Interposition 2° Anse	-		Décès 20è jour
7 CAM.	1963	62	Ulcère sous cardiaque pris pour un Cancer	"	GT Interposition 2° Anse	10ème	Sonde sous TV dépassant l'anastomose jéjunoduodénale	Décès 27è jour

TABLEAU III

FISTULES APRES GASTRECTOMIES TOTALES

CONDITIONS DE PRODUCTION DES FISTULES APRES

GASTRECTOMIE TOTALE

La fistulisation après gastrectomie totale est fonction :

- Essentiellement de facteurs techniques.
- Parfois de facteurs généraux.

1) Les Facteurs Techniques

peuvent être envisagés sous 3 aspects :

- Bonne exposition de la région opératoire.
- Bonne vascularisation des tuniques à anastomoser.
- Procédé le plus sûr du mode de rétablissement de la continuité.

a) La bonne exposition est essentiellement fonction de la

Voie d'abord : celle-ci a été très discutée par les différents auteurs, son rôle sous l'angle de la sécurité que certaines voies peuvent offrir à l'anastomose, est jugé très différemment selon les opérateurs.

- Un certain nombre d'auteurs se contentent de la voie abdominale, n'envisageant un complément d'abord thoracique que pour les lésions hautes de l'estomac, et celles du cardia (LAHEY - d'ALLAINES - LEFEVRE - SANTY - De VERNEJOUL).
- D'autres au contraire sont résolument partisans d'un abord thoracique (RUDLER - SWEET - LORTAT - JACOB) estimant que cette voie permet une meilleure exécution des sutures, l'absence de traction, et la conservation d'une meilleure vascularisation oesophagienne.
- Dans notre série la préférence est donnée à la voie d'abord abdominale.

Pour nos 7 observations, elle fut employée 6 fois.
Une seule fois une voie combinée (GARLOCK) n'a pas permis d'éviter la fistulisation de l'anastomose.

b) Le succès de l'anastomose, facteur essentiel dans la prévention des fistules dépend aussi de la bonne vascularisation des tuniques digestives en présence.

Celles-ci sont représentées suivant les procédés employés toujours par l'oesophage, exceptionnellement le duodénum, en général le jéjunum.

- Du côté oesophagien, la vascularisation repose :

. pour sa portion abdominale, sur des rameaux ascendants venant de la coronaire stomachique et de la splénique et des rameaux descendants issus de l'artère diaphragmatique inférieure gauche.

. pour la portion thoracique inférieure, par des branches ascendantes des diaphragmatiques, et par une branche descendante : l'artère grande oesophagienne.

La libération de l'oesophage du diaphragme pour le faire descendre, coupera un certain nombre de ces rameaux ascendants ne laissant que l'apport artériel de la terminaison de l'artère grande oesophagienne exposant alors au sphacèle et à la désunion (LEFEVRE).

- Le duodénum théoriquement ne pose pas de problème de vascularisation, mais une section duodénale un peu éloignée du pylore, un large décollement duodéno-pancréatique pour éviter la traction pouvant compromettre la qualité de cette étoffe,

- Enfin, le jéjunum qui est utilisé dans la grande majorité des cas ne pose en principe pas de problème.

" L'ascension demandée pour joindre l'oesophage abdominal ou thoracique sans incident peut toujours être réalisé. "

(LEFEVRE)

c) La technique du rétablissement de la continuité représente enfin le dernier facteur technique.

Il a donné lieu à d'innombrables modalités qu'il ne nous appartient pas de discuter.

Nous nous contenterons de retenir 3 variétés employées qui ont donné lieu à des fistulisations.

-- Anastomoses oesoduodénales employées les premières.

Cette technique est à l'origine de 2 lâchages de suture dans notre série.

-- Anastomoses oesojéjunales, type LEFEVRE ou autres procédés.

Nous avons eu 3 fistules par ces techniques.

-- Anastomoses avec interposition de la deuxième anse jéjunale

Ce procédé, assez fréquemment employé dans le service du Professeur BERTRAND, nous a donné 2 fistulisations.

. L'anastomose Oesoduodénale -- Termino-Terminale.

Depuis le premier cas pratiqué par BRIGHAM en 1898, cette technique a été employée par un certain nombre d'auteurs : SWEET, SANTY, LORTAT-JACOB lui-même au début de sa pratique.

L'anastomose fut réalisée d'abord au bouton, puis à la suture à points séparés.

NAKAYAMA l'a employée : après avoir pratiqué un large décollement duodéno-pancréatique, il effectue son anastomose oesoduodénale, et assure son amarrage en suturant la tête du pancrès à la face postérieure de l'oesophage, et le corps au diaphragme gauche.

Dans l'ensemble, la majorité des auteurs ont abandonné aujourd'hui ce procédé, qui reste une technique d'exception car il a donné des lâchages aux suites fatales, il n'est pas toujours réalisable sans traction excessive, il expose à l'oesophagite peptique par reflux sur la muqueuse oesophagienne de sécrétions biliaires et pancréatiques. (Travaux expérimentaux de LEVRAT et LAMBERT).

" Les quelques cas légitimes réussis d'oesophago-duodénostomie ne peuvent figurer comme règles " (LORTAT-JACOB).

Dans notre série deux fistules sont survenues après anastomose oesoduodénale (Observations 1 et 5).

- Dans l'observation (1) (Gastrectomie Totale pour Linite), l'anastomose fut difficile, réalisée au bouton, peu satisfaisante en fin d'intervention, complétée par une épiplooplastie ; le lâchage était prévisible et la

fistule est survenue au troisième jour suivie du décès le lendemain.

- Dans notre deuxième cas (Observation 5) : Gastrectomie pour ulcère de la face postérieure de la grosse tubérosité accompagnée d'une hernie hiatale.

L'anastomose fut faite à la suture à points séparés. Une fistule oesoduodénale est apparue le 12ème jour ; fistule de petit débit mais d'évolution très prolongée supérieure à trois mois. La cicatrisation fut néanmoins obtenue avec cependant un rétrécissement secondaire de l'anastomose nécessitant des dilatations .

. L'Anastomose Oesojéjunale.

Quelles que soient ses modalités reste à la base des procédés de rétablissement de la continuité digestive après gastrectomie totale.

" Le procédé lui-même semble d'importance mineure, chaque opérateur soigneux pouvant obtenir toutes choses égales des résultats comparables par des sutures différentes. L'élément majeur de réussite étant la minutie d'exécution de l'anastomose sur des tissus bien vascularisés et non traumatisés" LORTAT-JACOB -(Rapport au Congrès de Chirurgie de 1950).

Notre propos n'étant pas d'examiner les multiples procédés, nous nous bornerons à rapporter nos 3 observations de fistulisation d'une telle anastomose.

- Observation (2): Anastomose type LEFEVRE à la suture avec jéjuno-jéjunostomie au petit bouton de JABOULAY, les suites immédiates très fébriles (température à 40°) ont été marquées le 2ème jour par l'apparition d'une fistule, cachexie progressive et décès au bout d'un mois et demi.

- Observation (4): Anastomose oesojéjunale en trois plans à la fois (réalisée par voie abdomino-thoracique GARLOCK) sur la convexité d'une anse grêle, accompagnée d'une large jéjuno-jéjunostomie. Fistulisation après constitution à bas bruit et sous antibiotiques d'un abcès sous phrénique.

- Observation (3): Anastomose oesojéjunale sur la 1ère anse grêle en situation précolique à la suture avec jéjuno-jéjunostomie complémentaire faite en 2 plans à la soie. Fistulisation au 6ème jour et décès au 8ème dans un tableau de collapsus hyperthermie.

. L'Anastomose avec Interposition d'une Anse Jéjunale rétablissant le Circuit Duodéal.

Ce procédé a été employé à la suite de HENLE par un certain nombre d'auteurs (MOUCHET - CAMEY - LONGMIRE - BEAL - BERTRAND). Indépendamment de ses avantages sur le plan du transit digestif, par la conservation du circuit duodéal, ce procédé envisagé uniquement sur le plan purement technique, ne semble pas exposer plus que les autres aux lâchages.

Parmi les gastrectomies totales avec interposition effectuées dans le service du Professeur BERTRAND nous avons relevé deux observations de fistules (Obs. 7 et 6).

- Observation (7): Gastrectomie totale élargie avec interposition de la 2ème anse jéjunale. Anastomose oesophago-jéjunale Termino-Terminale. Toutes les sutures ayant été réalisées en 2 plans à points séparés. La fistule est apparue le 10ème jour. La vérification anatomique a montré un lâchage des deux anastomoses oesojéjunales et jéjuno-duodénales, avec un aspect très défavorable de l'anse interposée.

Le trouble vasculaire du greffon iléal est donc là, manifestement, la cause de l'échec.

- Dans notre seconde observation, l'interprétation après gastrectomie pour Cancer fut réalisée suivant le même procédé hormis le fait que l'anastomose oesojéjunale fut cette fois Termino Latérale ; après des suites immédiates simples, une fistule oesophagienne a entraîné la mort au 20ème jour.

II - Les Facteurs Généraux

ont peut-être dans les anastomoses après gastrectomie totale, un rôle plus important que dans les autres anastomoses digestives, car il s'agit le plus souvent de cancéreux, amaigris (8 à 10 kg dans la moyenne de nos observations).

La préparation soigneuse de ces malades dénutris, au besoin par une jéjunostomie première en cas de sténose, les corrections métaboliques expliquent sûrement parallèlement à l'amélioration technique les meilleurs résultats des statistiques modernes.

TRAITEMENT DES FISTULES APRES GASTRECTOMIE TOTALE

Nous n'envisagerons que les fistules abdominales, les seules que nous ayons dans notre série. La fistulisation intrathoracique oesophagienne constituant un arrêt de mort quasi constant malgré quelques tentatives chirurgicales de reprise par exclusion bilatérale et drainage thoracique (MOUCHET sur 12 fistules survenues après abord thoraco-abdominal n'a qu'une guérison).

Comme dans toute fistule, le traitement sera avant tout local et médical :

- visant à canaliser le trajet fistuleux par un drain aspiratif destiné à recueillir les sécrétions, à protéger les téguments ;
- maintenant un équilibre hydroélectrolytique aussi précis que possible ;
- le passage d'une sonde transanastomotique sous contrôle radiologique peut permettre, si elle est suivie de succès, de poursuivre l'alimentation. Il est parfois difficile à réaliser, il fut employé deux fois dans notre série.

L'essentiel étant de poursuivre la nutrition, en s'aidant au besoin d'une jéjunostomie (MOUCHET l'a pratiquée 8 fois sur 21 fistules. Il l'accompagne d'un cathéter d'aspiration glissé vers l'amont pour éviter au maximum le reflux par la fistule).

- Au terme de ces moyens généraux valables pour toutes les fistules l'état général et local a pu parfois permettre à quelques auteurs une action directe sur la fistule, ou une réfection de l'anastomose. Ces cas demeurent bien sûr assez rares mais il est permis de penser que les moyens médicaux mis en oeuvre dès l'apparition de la fistule autorisent ces reprises.

Sur 21 fistules observées par MOUCHET, 4 reprises chirurgicales de l'anastomose furent possible.

En somme, dans notre série les fistules après gastrectomies totales ont confirmé leur gravité.

7 observations : 6 morts - 1 guérison avec sténose de l'anastomose.

Leur étude a montré que :

- la voie d'abord a probablement un rôle modeste dans leur survie. Une voie abdominale donne dans un grand nombre de cas un jour suffisant pour la confection de l'anastomose.

Le pronostic des fistulisations bien que médiocre est sûrement meilleur après une voie abdominale que thoracique (MOUCHET 9 fistules après une voie abdominale. 2 guérisons -- 12 fistules après un abord thoraco-abdominal . 1 guérison).

- Les différents procédés (hormis les anastomoses oesoduodénales) donnent pour un même auteur et sur une assez longue série des pourcentages assez voisins de lâchages.
- Ils nécessitent toujours une exécution minutieuse de l'anastomose et sa protection.
- Enfin, les fistulisations bénéficient, à un degré moindre bien sûr que les autres variétés, des traitements médicaux autorisant quelques reprises chirurgicales heureuses.

C H A P I T R E I I I

FISTULES APRES GASTRECTOMIES POLAIRES SUPERIEURES

De telles fistules sont très rarement rapportées, elles posent dans leur pathogénie des problèmes identiques à ceux que nous avons déjà envisagés à propos des gastrectomies totales. Il s'agit toujours de fistules oesophagiennes graves, les techniques actuelles de suture oesophagienne minutieuse sur des tissus bien vascularisés doivent permettre de les éviter au maximum.

Nous n'en avons retrouvé qu'un cas (obs. G 1) concernant un ulcère sous cardiaque traité par gastrectomie polaire supérieure et splénectomie. L'anastomose oesogastrique fut faite en deux plans à points séparés. Une fistule oesophagienne apparut dans les suites immédiates.

L'aspiration locale et oesophagienne ainsi qu'une jéjunostomie pratiquée au 15ème jour n'a pas permis d'éviter le décès.

Les problèmes thérapeutiques que posent ces fistules sont identiques à ceux posés après gastrectomie totale, le pronostic en est très sévère. Dans quelques cas heureux, une reprise opératoire peut trouver son indication, si l'état général le permet.

C H A P I T R E I V

LES FISTULES DUODENALES

Parmi les différentes variétés anatomo-cliniques de fistules digestives pouvant survenir après gastrectomie, les fistules duodénales ont fait l'objet de multiples travaux, car elles représentent une des complications précoces les plus souvent retenues et les plus graves dans les statistiques étendus de gastrectomie. De nombreuses publications ont tenté de faire le point sur la fréquence la conduite à tenir et le pronostic de cette fistulisation. Parmi les séries les plus importantes citons celles de

- BARTLETT et LOWELL dans une revue de la littérature de 1901 à 1937 rapportent 128 cas de fistules duodénales post opératoires avec une mortalité de 38% . Parmi ces fistules 14 cas sont dus à un lâchage du moignon avec une mortalité de 14%.

- LOYGUE dans sa thèse étudie 78 cas relevés dans la littérature (57) et dans différents services entre 1943 et 1946 (21) trouve 11 morts.

- EDMUNDS a réuni les cas publiés entre 1937 et 1959. Il collige ainsi 118 observations, dont 70 sont dus au lâchage du moignon. La mortalité dans cette variété fut de 40%.

- WEST RING-MILLER (St LUK'S HOSPITAL de NEW YORK) entre 1949 et 1960 rapportent 19 cas dont 13 lâchages du moignon (mortalité 15%)

- La statistique du MASSACHUSSET'S HOSPITAL entre 1946 et 1959 révèle 37 fistules duodénales dont 28 par lâchage du moignon avec une mortalité de 50%.

Limite du sujet

Les variétés anatomiques des fistules duodénales sont en fait très différentes. Après une gastrectomie, le duodénum peut soit être exclu du circuit digestif, la fistulisation sera là un lâchage du moignon ; soit être remis en circuit par une anastomose gastro-duodénale. La fistule sera là une fistule latérale, déhiscence d'une anastomose.

En fait l'élément essentiel est représenté par le liquide d'écoulement sans abondance, et ses caractères biologiques qui font toute la gravité de ces fistules. C'est pourquoi il nous a paru justifié d'étudier successivement dans ce cadre les deux variétés anatomiques :

- Lâchage du moignon duodénal (Ière partie)
- Fistule latérale après anastomose gastro duodénale type PEAN
- KOCHER - SANTY.

D'autre part, comme dans les autres variétés de fistules digestives, outre les observations de fistulisation vraie, nous avons cité les cas où ces lâchages avaient donné lieu à des accidents péritonéaux aigus sans fistulisation, nous permettant ainsi d'envisager la proportion respective de ces complications, d'opposer les attitudes thérapeutiques différentes.

Notre Matériel d'ETUDE

Parmi les 1090 gastrectomies pratiquées dans le service du Professeur BERTRAND entre 1942 et 1965, nous avons pu retrouver 19 observations de désunion duodénale qui se répartissent (Tableau I).

TABLEAU I

	Nombre de cas	Sans fistulisation cutanée	Avec fistulisation cutanée
Lâchage du moignon duodénal	14	6	8
Déhiscence d'une Anastomose gastro duodénale	5	1	4
Total	19	7	12

Nous avons comme précédemment groupé dans un cadre différent d'observations récentes portant sur les 10 dernières années, nous pouvons faire état de 5 cas concernant d'ailleurs uniquement le lâchage du moignon duodénal Tableau II et III.

TABLEAU II

	Nombre de cas	Sans fistulisation cutanée	Avec fistulisation cutanée
Lâchage du moignon duodénal	5	2	3
Déhiscence d'une Anastomose	0	0	0
Total	5	2	3

Observations dans les 10 dernières années

La FREQUENCE

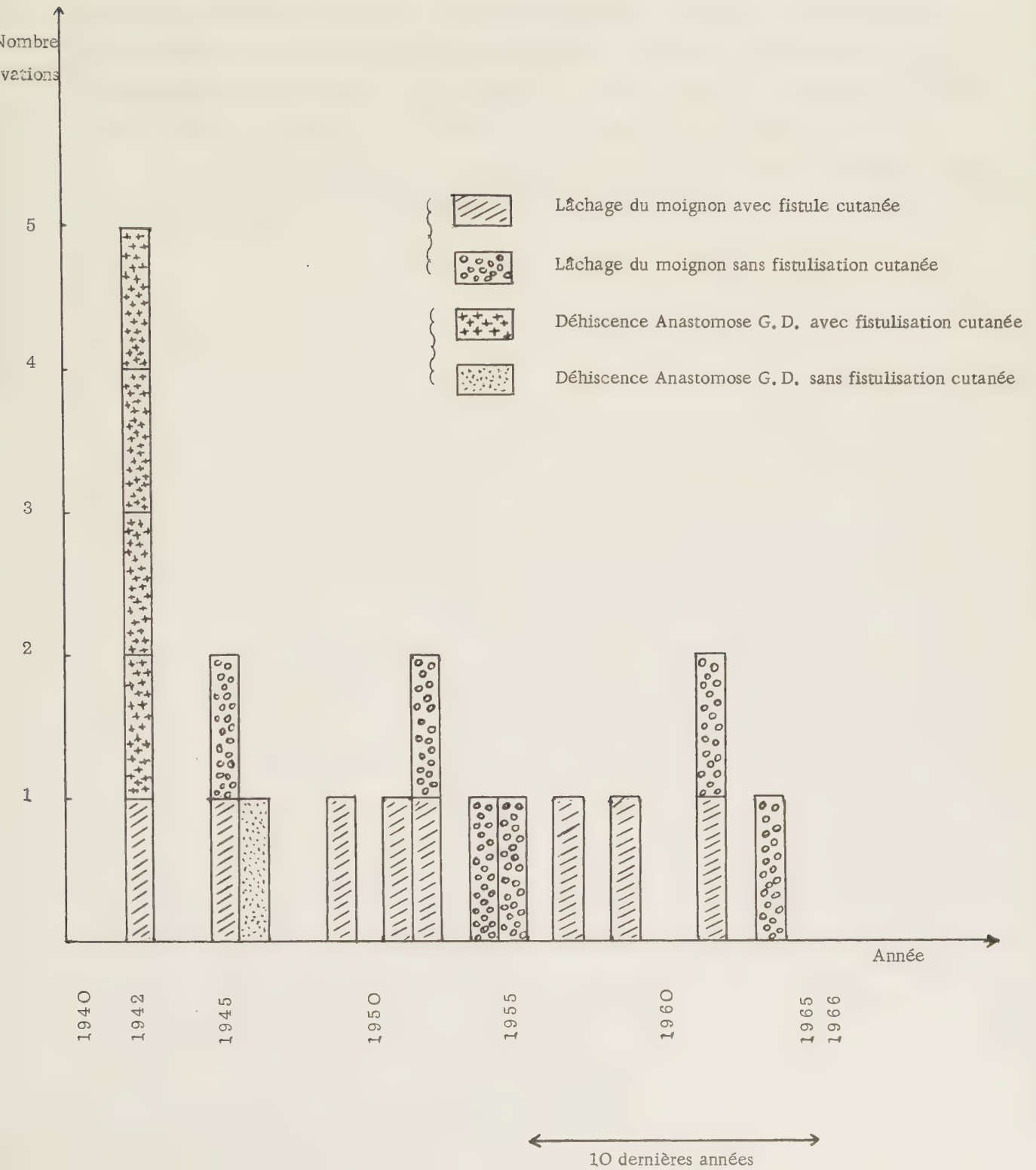
exacte de cet accident est souvent difficile à apprécier, elle est classiquement de 1 pour 100 gastrectomies dans les statistiques un peu importantes, mais ce chiffre n'a rien d'absolu et semble fonction du nombre des gastrectomies pratiquées et surtout de la période envisagée.

Ainsi dans notre série de 1090 gastrectomies pratiquées entre 1952 et 1965 nous avons relevé 19 fistules duodénales (nous comprenons dans ce chiffre les lâchages intra péritonéaux et les fistules vraies).

Pour les dix dernières années, pendant lesquelles nous n'avons eu que 5 fistules duodénales sur 483 gastrectomies, nous trouvons une fréquence de 1% .

Ces chiffres représentent un taux moyen par rapport à ceux rapportés par différents auteurs :

-- KURWEG	1940-1950	649 gastrectomies	2,3%
-- PEARCE	1949-1955	406 gastrectomies	2,5%
-- PAINE	1950-1960	684 gastrectomies	4,5%



-- GARDNER	1948-1960	451 gastrectomies	1,5%
-- ANDERSON	1954-1958	225 gastrectomies	4,3%

Indépendamment des progrès techniques la diminution actuelle du nombre de ces accidents réside probablement dans l'attitude différente des auteurs vis à vis de certains ulcères duodénaux difficiles pour lesquels "la gastrectomie quand même" a été rejetée au profit d'autres indications thérapeutiques évitant la dissection laborieuse et la fermeture précaire du duodénum.

Enfin, par rapport aux autres fistules digestives les fistules duodénales représentent un des accidents les plus fréquents :

12 fistules duodénales sur 41 cas

C H A P I T R E I V

1ère Partie

LACHAGE DU MOIGNON DUODENAL

Complications graves de la mise hors circuit du duodénum après gastrectomie, le lâchage du moignon a été étudié sous tous ses aspects par un nombre considérable de travaux.

La thèse de LOYGUE en 1946 résume les différentes variétés cliniques, les possibilités thérapeutiques du moment et le pronostic souvent défavorable de cette complication (11 morts sur 78 cas).

Depuis cette période les travaux se sont orientés avant tout vers la prophylaxie de ces complications, les auteurs envisageant de nouveaux artifices techniques pour la fermeture du moignon, et étayant leurs méthodes sur des arguments expérimentaux précis (BARNETT - JACKSON ...).

Enfin, l'époque actuelle a vu apparaître une amélioration considérable du pronostic de ces fistules, grâce aux méthodes actuelles de traitements locaux, et surtout de réanimation et de diététique permettant la guérison d'un nombre important de formes graves.

Ainsi donc, un certain nombre de cas défavorables qui intéressent nos observations anciennes auraient pu très probablement être récupérés par l'emploi de ces méthodes.

MATERIEL D'ETUDE

Nous avons retrouvé dans l'ensemble de notre statistique:
14 observations du lâchage du moignon, qui se répartissent en deux formes cliniques

1) Lâchage intrapéritonéal sans fistule 6 cas

2) Lâchage avec fistule (qui nous intéresse plus spécialement dans ce travail) 8 cas.

Si nous extrayons de cet ensemble les observations des 10 dernières années nous trouvons 5 cas.

Lâchage intrapéritonéal : 2 cas

Fistule vraie : 3 cas.

N° Obser.	Année	Age	Lésions Type de Gastrectomie	Signes cliniques traduisant le Lâchage	Réintervention	Evolution
C1 CHA..	1945	59	<u>Ulcère D</u> Polya Exclusion	Vomissements Défense FID	4è jour Fistule Duodénale Epiplooplastie 1 mèche 1 drain	Décès 5ème jour
C2 BER..	1955	77	<u>Ulcère D</u> Polya	Douleurs épigastriques brutales	10è jour F D 2 mèches 1 drain	Décès 13ème jour
C3 ANG.	1952	58	<u>Cancer Prépylorique</u> Billroth 2 Bouton + jéjuno jéjunostomie	Défense hypochondre D	12è jour F D 1 mèche 1 drain	Décès au bout de 2 mois
C4 MAP..	1954	69	<u>Cancer prépylorique</u> Polya	Douleurs sous costales le 6è jour		Décès le jour même F D
C5 LAG..	1962	58	<u>Cancer prépylorique</u> Polya	Tableau de péritonite	12è jour F D Fermeture duodénale en 2 plans	Ré apparition de la fistule. Décès 15 jours plus tard.
C6 COL..	1964	56	<u>Cancer prépylorique</u> Polya	Vomissements Péritonite	12è jour Lâcha duodé- 1 1 drain nal	Guérison de la fistule Décès 3 mois plus tard de métastase cérébrale

LACHAGE INTRAPERITONEAL DU MOIGNON DUODENAL

6 cas

5 Décès

1 Guérison

TABLEAU IV

1 - LACHAGE DU MOIGNON DUODENAL INTRA PERITONEAL

Cette modalité représente une forme aiguë des fistules duodénales. Nous en avons retrouvé 6 observations (Tableau IV)

Sur le plan étiologique ces gastrectomies ont été pratiquées :

-- Pour ulcère duodénal 2 fois (C1, C2). Ulcères anciens, calleux, perforés, bouchés ou très adhérents au pédicule hépatique ayant justifié dans notre observation C2 une gastrectomie pour exclusion qui n'évita pas la déhiscence du moignon.

-- Pour cancer gastrique 4 fois (C3 à C6). Cette fréquence non classique dans les gastrectomies pour cancer, est expliquée aisément par les protocoles opératoires. Il s'agissait chaque fois de cancers prépyloriques de dissection difficile, accompagnés d'importantes adénopathies sous et rétropyloques qui obligèrent à une dissection duodénale laborieuse, fragilisant son étoffe, et troublant sa vascularisation. Enfin, dans ces 4 cas, l'état général très précaire des sujets amaigris et anémiques a peut-être joué un rôle favorisant.

Sur le plan clinique, il s'agissait de sujets d'âge varié allant de 56 à 77 ans. Cette complication s'est révélée entre le 4ème et le 12ème jour opératoire, avec une nette prédominance entre le 10ème et le 12ème jour (4 cas sur 6) se traduisant :

-- Parfois brutalement par un syndrome perforatif avec brusques douleurs épigastriques ou de l'hypochondre droit irradiant dans la fosse iliaque droite (obs. C2- C4) accompagné d'un état de choc parfois rapidement irréversible comme dans un de nos cas (C4) où seule la vérification post mortem a confirmé le diagnostic de lâchage du moignon, qui n'était d'ailleurs que partielle.

-- Souvent aussi pour un tableau plus insidieux, apparition de vomissements orientant vers un dysfonctionnement de la bouche anastomotique (C6), mais une défense de l'hypochondre droit progressivement croissante imposa une nouvelle laparotomie et confirma le diagnostic de lâchage duodénal.

Enfin sur le plan thérapeutique, ces 6 observations ont donné lieu à 5 réinterventions ; une fois cette réintervention fut rendue impossible car l'état de choc était tel qu'il entraîna la mort dans les heures qui suivirent l'apparition de la complication. Parmi ces 5 réinterventions le geste opératoire fut trois fois un simple drainage, colmatant la broche duodénale par deux mèches, et un drain, visant à transformer ce lâchage en fistule dirigée.

2 Echs et une seule guérison (C6)

Les 2 autres fois (C1 et C5) le traitement chirurgical essaya d'être d'emblée curateur, tentant de fermer la fistule par épiplooplastie, ou par suture directe en deux plans, 2 échecs.

Ainsi, ces lâchages intrapéritonéaux présentent une extrême gravité (6 observations, 5 décès, 1 guérison), il nous a paru utile de les rapporter pour les comparer aux fistules duodénales vraies. Leur étude nous ayant montré:

- qu'une déhiscence duodénale intrapéritonéale peut survenir assez tardivement (12ème jour) sans aboutir à une fistulisation cutanée.
- que la gravité du tableau clinique n'exige pas obligatoirement un lâchage total du moignon ; les réinterventions n'ayant montré le plus souvent que des brèches duodénales partielles.
- enfin, que les tentatives chirurgicales en particulier d'action directe sur ce moignon sont vouées à l'échec,

II - LES FISTULES DUODENALES VRAIES DUES AU LACHAGE DU MOIGNON

Elles représentent 8 de nos observations (TABLEAU V).

N° Obs.	Année	Age	Lésions type de Gastrectomies	Jour d'apparition de la F D	Traitement	Evolution
C8 TOG..	1945	48	Ulcère D 1 Billroth 2 Bouton	4è	Aspiration continue	Décès 6è jour
C9 DOM..	1952	71	Ulcère D 1 Polya	12è	Aspiration locale	Décès 30è jour
C10 LOP..	1957	62	Ulcère pylorique Polya	4è	"	Guérison en 48 heures
C11 MILL..	1959	76	Ulcère géant prépylo- rique Polya	13è	Aspiration locale 25è j Jéjunostomie	Guérison Fermeture de la jéjunosto- mie au 3ème mois.
C12 AND..	1962	62	Ulcère duodénal Post Polya	3è	Aspiration locale Acide lactique 18°j Jéjunostomie Reflux	Décès 26è jour Cachexie
C13 PRO..	1942	46	KC antre pylorique Billroth 2		Aspiration continue	Décès 31è jour
C14 CEL..	1949	67	KC antre pylorique Polya	3è	Aspiration locale	Décès 15è jour
C15 BOU..	1951	70	KC Petite courbure Billroth 2 Bouton	23è	"	Décès Hémorragie foudroyante par la fistule

FISTULES DUODENALES EXTERNES PAR LACHAGE DU MOIGNON

8 cas

6 Décès

2 Guérisons

TABLEAU V

A - Conditions étiologiques

Parmi ces 8 observations :

- 3 d'entre elles concernent des gastrectomies pour ulcère duodénal ancien ou post bulbaire (observation 12)
- 2 fois le siège de l'ulcère était pylorique mais il existait une infiltration pancréatique qui rendit la dissection duodénale laborieuse.
- Enfin, 3 fois une gastrectomie fut faite pour cancer (petite courbure, 1 cas ; antre pylorique, 2 cas).

L'âge des malades se situe entre 46 et 77 ans.

Le type de gastrectomie fut 3 fois un BILLROTH 2 au bouton et 5 fois un POLYA.

Enfin, 6 de ces 8 gastrectomies ont été terminées par un drainage et 1 fois une mèche fut laissée au contact du pancréas dont la dissection avait été hémorragique.

B - Aspects cliniques

. Date d'apparition

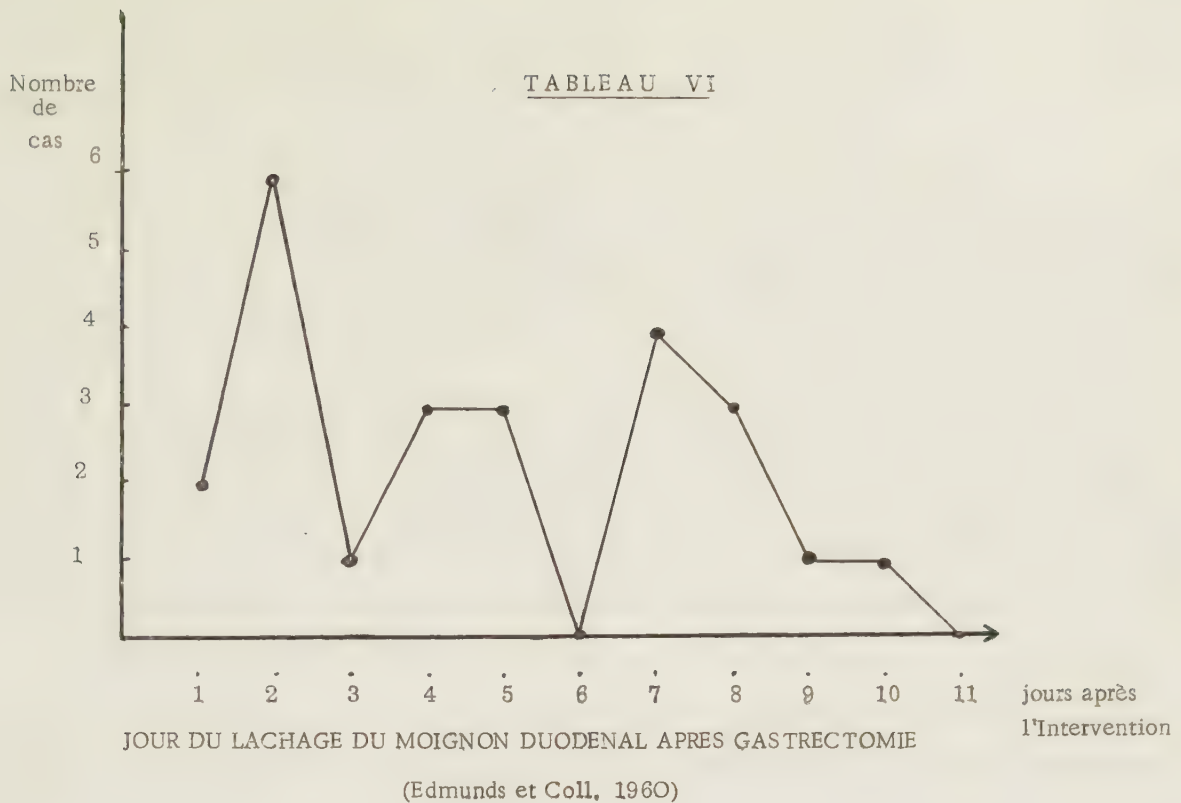
L'apparition de la fistule duodénale dans le pansement ou après l'ablation du drain est parfois précédée de quelques prodromes (4 de nos observations) à type de douleurs et surtout de température à 39-40°, mise souvent sur le compte d'un foyer pulmonaire avant l'apparition de la fistule.

Le jour d'apparition du liquide duodénal est variable, s'étalant dans nos observations entre le 3ème et le 23ème jour (classiquement du 5ème au 9ème. LOYGUE).

Les fistules tardives sont classiques mais rares, certains auteurs en ont signalé au 37ème et même au 43ème jour.

EDMUNDS considère deux maximum de fréquence 2è et 7è jour.

(TABLEAU VI)



Moyens de diagnostic

Les caractères de l'écoulement sont souvent très évocateurs, d'autant plus que l'enfouissement duodénal aura été laborieux. Cependant, le liquide fistulisé peut être très clair au début faisant discuter une fistule pancréatique. A l'opposé, il est parfois presque purement biliaire faisant envisager une fistule biliaire.

Le diagnostic peut être encore appuyé par :

- l'épreuve du bleu, facile à appliquer mais qui n'élimine pas une fistule gastro-jéjunale.

- Une radiographie barytée. Elle n'est pas toujours possible du fait des conditions générales. Elle cherchera surtout à étudier le fonctionnement de la bouche anastomotique et l'importance du reflux de l'anse afférente.

. Une fistulographie qui n'a d'intérêt que dans les formes chroniques.

. Formes cliniques

Les fistules duodénales se présentent habituellement sous deux formes extrêmes entre lesquelles il est naturel de trouver tous les intermédiaires.

- La petite fistule de réputation bénigne, l'écoulement est discret (100 à 150 cc par jour) il n'atteint pas les téguments et se tarit entre 8 et 15 jours.

GUELETTE a observé 12 fistules de ce type avec chaque fois une évolution rapidement favorable. Mais ces formes sont de loin de représenter la majorité des fistules duodénales, dans notre série cette forme bénigne n'a été observée que 2 fois sur 8.

- Tout autre évidemment est le tableau de la large fistule donnant un écoulement de 1, 2 et même 3 litres par 24 heures, entraînant une intense érosion cutanée et surtout une chute de l'état général du fait des déperditions hydriques et électrolytiques, souvent rapide en quelques jours, parfois un peu plus prolongée 15 jours, 3 semaines, grâce aux méthodes de réanimation mises en oeuvre.

Ces formes graves représentent 6 de nos observations. Elles ont toutes abouti à la mort dans un délai allant de 6 jours à 1 mois.

LES CAUSES DE LA FISTULISATION DUODENALE

Parmi les multiples facteurs invoqués à l'origine des lâchages du moignon duodéal, il semble que l'on puisse retenir 3 éléments d'ailleurs d'inégale importance.

- a) un facteur anatomique primordial et évident : la qualité de l'écuffe duodénale restante.
- b) un facteur technique concernant les modes de fermeture du moignon, il a fait l'objet d'un nombre considérable de travaux et ne semble pas mériter une place privilégiée dans cette étiologie.
- c) par contre le facteur physiopathologique concernant le fonctionnement de la bouche d'anastomose gastro-jéjunale joue un rôle capital.

A - La Facteur Anatomique

La très mauvaise qualité du tissu duodénal due au siège de la lésion et aux phénomènes inflammatoires périduodénaux rencontrés dans la plupart de nos observations a rendu la dissection duodénale laborieuse et la fermeture alléatoire.

Ce fut le cas de toutes nos observations de fistules après gastrectomies pour ulcère (5 cas) intéressant les ulcères duodénaux ou pyloriques perforés bouchés accompagnés d'une importante périduodénite (observation C8, 9, 10, 11, 12) . Dans les gastrectomies pour cancers les lâchages duodénaux sont plus rarement rapportés, néanmoins des analogies anatomiques peuvent se rencontrer.

Dans notre série, 3 gastrectomies pour cancer ont donné lieu à une fistule duodénale (observations C13, 14, 15). Ces cancers antro-pyloriques très adhérents au pancréas accompagnés d'adénopathies sous pyloriques ont nécessité pour leur exérèse une dissection duodénale très laborieuse.

Parmi ces facteurs anatomiques en dehors de la mauvaise qualité du tissu, une place doit être faite aux troubles de la vascularisation duodénale.

Une dissection trop poussée de la première portion du duodénum jusqu'au genu superior ou au-delà (observation C 13, et 14) laisse une paroi amincie, dépouillée de ses vaisseaux et de sa séreuse peut exposer à la nécrose partielle et à la fistulisation.

On a invoqué également sans preuve bien nette l'infection possible d'un hématome au contact du moignon comme facteur favorisant.

Enfin, très discutable, retenu surtout par les auteurs anglo-saxons, la "pancréatite locale" déclenchée par une libération duodénale difficile peut favoriser le lâchage du moignon. LOYGUE dans sa thèse conteste cette notion et ne la retient qu'en tant que modeste facteur adjuvant.

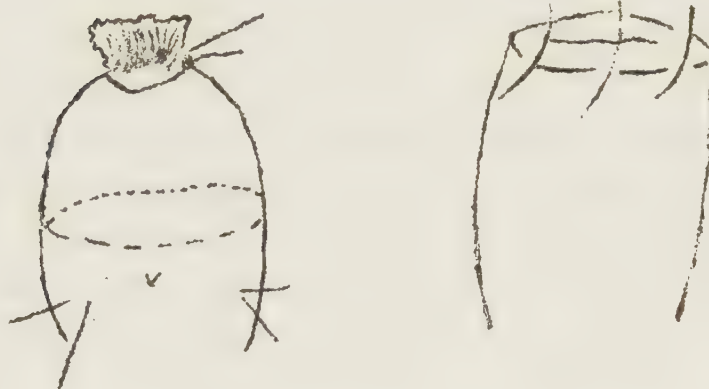
B - Les Facteurs Techniques

sont à envisager sous deux aspects : modalité de fermeture du moignon d'une part, rôle du drainage d'autre part.

- . La technique de fermeture du moignon est placée au premier ^{plan} par la majorité des auteurs. En fait, il semble, lorsque l'étoffe est de bonne qualité et sous réserve de précautions classiques, que la majorité des procédés ont un pourcentage d'échecs sensiblement équivalent dans les différentes statistiques.

Dans le service du Professeur BERTRAND la fermeture du duodénum a été pratiquée dans la majorité de nos observations suivant le même procédé: ligature en masse du moignon duodénal au gros fil de soie, enfouissement de la ligature en bourse au fil non resorbable. Quelques points séparés complémentaires assurent un adossement séro-séreux soigneux. (voir schéma ci-dessous).

Fermeture du
moignon
duodénal



Lorsque le tissu duodénal est d'assez bonne qualité, ce procédé ne donne aucun inconvénient, lorsque l'étoffe est très remaniée, il est passible des mêmes reproches que les autres.

Il reste néanmoins incontestable qu'un enfouissement imparfait ou des points perforants prédisposent évidemment à la fistulisation.

- . Le rôle néfaste du drainage a été très injustement accusé par quelques auteurs. Le contact du drain serait pour eux la cause de quelques lâchages du moignon.

En fait, le drain est souvent à distance de l'enfouissement, la grande majorité des gastrectomies suivies de drainage évoluant sans incident plaide contre cette hypothèse. Nous ne pouvons mieux faire que de reprendre ici l'opinion de FINSTERER.

" Je n'ai jamais vu de désavantage au drainage, mais j'ai quelques fois prévenu un décès par péritonite".

C - Enfin, sur le plan physiopathologique

un rôle capital doit être attribué au fonctionnement de la bouche d'anastomose gastro-jéjunale ; défectueux il favorise par le reflux et l'antipéristaltisme, la mise en tension du duodénum d'autant plus dangereuse que la suture aura été plus précaire.

Il nécessite pour être affirmé un contrôle radiologique souvent difficilement réalisable chez un malade en mauvais état général. Ce contrôle n'a pu être réalisé sur les malades de notre série hormis une fois (observation C 11) il s'agissait d'une fistule duodénale moyenne (200 cc) survenue assez tardivement (13ème jour). La radiographie put être pratiquée dans de bonnes conditions, elle montra une sténose de la bouche et un reflux dans l'anse afférente.

TRAITEMENT DES FISTULES DUODENALES

L'extrême gravité de ces fistules dont témoigne la majorité des statistiques conduit à envisager comme essentiels :

1) Le traitement préventif

Celui-ci doit être considéré sous trois aspects essentiels:

- dissection duodénale atraumatique et économe
- fermeture duodénale soigneuse
- enfin, repli possible vers une autre indication opératoire devant un duodénum difficile.

a) La dissection duodénale permettant de conserver un tissu valable pour la fermeture et bien vascularisé peut s'aider d'un certain nombre d'artifices classiques mais de valeur inégale.

- Le meilleur procédé semble être lorsqu'il est possible la duodénectomie sous séreuse souvent longue dans une région anatomique très remaniée, elle a en outre le mérite d'éviter au maximum le danger biliaire.

- Par contre, il faut se méfier des décollements duodénaux pancréatiques, de la ligature de l'artère gastro-duodénale qui peuvent compromettre la vascularisation du moignon.

- on a proposé également la "duodénectomie rétrograde" (BAZY - LORTAT JACOB) après section du duodénum en zone saine au-delà de la lésion, fermeture comme dans les cas simples et retour à la dissection de droite à gauche sans se soucier de garder de l'étoffe laissant au besoin l'ulcère en place en cas de danger biliaire.

- Enfin SERROR et RIVES proposent une méthode voisine : sectionnant le pylore d'une part, et le duodénum d'autre part au-delà de la lésion, laissent le segment intermédiaire en place après ablation de sa muqueuse.

Tous ces procédés qui cherchent à fermer le duodénum en zone saine doivent néanmoins comporter un repérage précis de la voie biliaire et surtout de la papille qui peut être intéressée par l'enfouissement.

b) La fermeture du moignon duodénal a fait l'objet d'innombrables procédés. Lorsque l'étoffe est à peu près valable la majorité des techniques offre une sécurité équivalente. La comparaison des statistiques d'auteurs employant des procédés différents le prouve.

Par contre, lorsque l'étoffe est limitée un certain nombre d'artifices techniques peuvent éviter le lâchage du moignon. S'il existe un lambeau antérieur utilisable on peut employer le parenchyme pancréatique pour assurer la suture. Cette méthode a donné des succès à : NISSEN - SLATTERY - COOPER. Par contre lorsque l'étoffe duodénale antérieure manque, le problème devient plus difficile. La fermeture sur un drain cherchant à obtenir une fistule duodénale dirigée a été proposée et reprise récemment avec un certain nombre de succès par de nombreux auteurs Nord-Américains. (WARREN. PEARSON. HARVEY. RODKEY). Ce drainage qui évite en outre la mise en tension du duodénum peut sortir soit par le moignon lui-même, soit si on a pu fermer celui-ci de façon précaire, par une autre incision au niveau de D2. Cette méthode semblant supérieure à la technique d'ARIANOFF, qui après fermeture précaire du moignon glisse la sonde d'aspiration gastrique dans l'anse afférente jusqu'au contact et son enfouissement évitant ainsi la mise en tension du duodénum.

Enfin, certains artifices d'exception ont pu donner à leurs auteurs quelques succès :

- utilisation de la vésicule biliaire par (SEYLON)
- abouchement du duodénum en termino latérale sur l'anse afférente (NISSEN).
- anastomose d'une anse en Y au moignon duodénal (BARNETT).

Ce dernier procédé de "patch jéjunal" ayant donné quelques succès aux auteurs américains.

La valeur de tous ces procédés a été étudiée de façon précise sur le plan expérimental (BARNETT)(JACKSON) Ces auteurs ayant réalisé chez le chien les différentes méthodes de fermeture du moignon duodénal qui est ensuite soumis à une hyper-pression réalisée par la ligature de l'anse afférente. Ils ont ainsi montré que lorsque l'étoffe du moignon

est intacte, la fermeture (qu'ils réalisent en 2 plans au catgut chromé OO) résiste fort bien à l'hyper-pression croissante, la rupture s'effectuant au niveau de la portion descendante du duodénum.

Par contre, lorsque les tissus sont pathologiques (création expérimentale d'un ulcère perforé bouché dans le pancréas) le lâchage du moignon est facile à obtenir par l'hyper-pression ; l'épiplooplastie est sans valeur mais l'anse en Y ou un "patch jéjunal" sur le moignon résiste fort bien.

- c) L'indication opératoire peut elle aussi représenter un facteur de prévention : si la gastrectomie pour exclusion a beaucoup perdu de terrain, la vagotomie avec dérivation gastro-jéjunale ou pyloroplastie est aujourd'hui la conduite classique de beaucoup d'auteurs.

Nous n'avons pas à discuter ici ces indications thérapeutiques mais il est probable que cette attitude évitant les duodénum dangereux explique la diminution actuelle du nombre des fistules duodénales.

2) Le Traitement des Fistules Duodénales :

repose sur une série de méthodes locales, médicales et chirurgicales d'importances inégales.

- A) Avant tout une fistule duodénale reconnue nécessite un traitement local, qui assurera la protection cutanée, drainera à l'extérieur les sécrétions fistulisées et tentera de lutter contre leur activité protéolytique par l'irrigation locale d'acide lactique.

- Les traitements locaux protégeant les téguments (pâtes adhérentes), et l'emploi de solutions acides faibles, type acide tannique pour neutraliser les sécrétions, ont cédé le pas aujourd'hui devant l'acide lactique.

appliquée en solution de 4,5% en irrigations continues suivant la méthode de TREMOLIERES. Un dispositif local de double courant permettant l'irrigation et l'aspiration peut être adapté, pratiquement à tous les types anatomiques de fistules abdominales.

Ces procédés sont d'ailleurs communs à l'ensemble des fistules digestives qui extériorisent un liquide d'activité protéolytique, nous les étudierons ultérieurement dans leur détail (voir 2ème partie).

- Par ailleurs, l'aspiration duodénale permettrait de diminuer le volume des sécrétions fistulisées. Elle est classique, mais difficile à réaliser ; la sonde doit être guidée au travers de l'anastomose gastro-jéjunale dans l'anse afférente, ce qui est loin d'être toujours réalisable.

- Les traitements médicaux de réanimation et de diététiques sont essentiels et marquent les progrès actuels de traitement de cette variété de fistules pouvant donner lieu à des écoulements de 2500 à 3000 cc par jour exposant à une dénutrition très rapide et à un déséquilibre biologique grave.

Ils assurent :

- un apport calorique suffisant.
- un équilibre hydrique.
- un ajustement électrolytique précis.

Cet ensemble pouvant être apporté par voie parentérale, à condition que cette voie ne soit pas trop prolongée, ou par la mise en place dans l'anse afférente d'une sonde d'alimentation type DRIP - FEEDING.

Enfin des thérapeutiques adjuvantes visant à la réduction des sécrétions digestives (type atropine etc..) ont en fait une efficacité très modeste.

- Quant aux traitements chirurgicaux, ils tiennent une place secondaire dans cette variété de fistules, ils peuvent être :

- a) Directes, visant à la fermeture de la broche duodénale par suture, ou épiplooplastie, ils sont en fait irréalisables ou voués à l'échec. Certains auteurs ont néanmoins obtenu quelques succès en ne fermant que partiellement la brèche sur un drain de duodénostomie, ou mieux lorsque cela est possible, en coiffant l'ouverture duodénale par l'extrémité d'une anse jéjunale en Y.

Mais il ne s'agit là que de cas isolés qui ne peuvent représenter une règle thérapeutique.

- b) Quant aux méthodes chirurgicales indirectes elles comportent :

-- essentiellement la jéjunostomie d'alimentation, pratiquée à distance du foyer sur une anse en Y elle peut assurer une réalimentation efficace, et permettre au malade de passer le cap difficile.

Le moment de son application doit être judicieusement choisi. Trop tard elle ne pourrait permettre de rattraper un état précachectique, trop tôt elle pourrait être remplacée par les procédés modernes de nutrition parentérale.

Dans notre série cette jéjunostomie fut employée deux fois. Dans l'observation C 11 elle assura une guérison spectaculaire d'une fistule duodénale grave.

Dans l'observation C 12 elle n'empêcha pas l'évolution fatale. Mais il faut noter que dans ce cas, la jéjunostomie ne fonctionna pas parfaitement "le reflux" ayant probablement chez ce malade diminué les possibilités d'apport calorique.

- Enfin, dans certaines formes chroniques de fistules duodénales, la duodéno-jéjunostomie peut être employée, surtout si un examen radiologique a montré une stase ou une sténose duodénale. C'est en fait une indication exceptionnelle. Elle ne fut pas pratiquée dans les observations de notre série, aucun de nos cas de fistules duodénale n'ayant abouti à la chronicité.

En conclusion

le lâchage duodéal a confirmé dans notre série sa réputation de gravité.

-- Lâchage intrapéritonéal 6 observations 1 guérison

-- Fistule externe après lâchage du moignon :

8 observations 2 guérisons

Il semble toutefois que cette proportion importante tienne au fait de l'ancienneté de nos observations. Aujourd'hui les fistules duodénales sont beaucoup moins fréquentes et les thérapeutiques locales et générales bien conduites doivent assurer la guérison de la majorité des cas.

Les indications opératoires sont extrêmement réduites, seule une jéjunostomie trouvera parfois son indication dans le cadre d'un traitement médical.

C H A P I T R E I V

2ème Partie

LES FISTULES APRES ANASTOMOSE GASTRO-DUODENALE

Les anastomoses gastro-duodénales que réalise un certain nombre de gastrectomies peuvent aussi donner lieu à des déhiscences dont les caractères anatomiques et surtout les conséquences biologiques permettent de les rapprocher des fistules issues du moignon duodénal.

La fréquence même de ces lâchages fut à l'origine de très nombreuses discussions, et il semble que dans des statistiques anciennes, l'importance de cette complication justifiait à l'époque les critiques faites à l'égard de ce procédé d'anastomose. FINSTERER lui-même sur 296 cas avec 14 morts (4,7%) rapporte 9 décès au lâchage de l'anastomose.

De très nombreuses publications ont tenté par la suite de faire le point sur la fréquence exacte de cette complication.

- DELANNOY en 1948 : 176 gastrectomies type PEAN, 6 fistules dont 4 mortelles.
- SOLERO - RIZZI en 1952 sur 1106 gastrectomies avec anastomoses gastro-duodénales relèvent 23 déhiscences avec 10 morts.
- MOORE et HARKINS, 1956, 450 résections gastriques, type BILLROTH I avec un seul lâchage.
- Enfin, il faut retenir le très important travail de MIALARET en 1958 qui a réuni 1800 cas émanant de différents auteurs et 185 cas personnels. Sur les 1800 observations d'origine variée, il n'a retenu que 16 lâchages d'anastomoses et 3 décès d'avant 1948. Sur sa statistique personnelle il ne relève que 3 complications de ce type (2 guérisons, 1 décès).

Ainsi, la simple comparaison de ces statistiques prouve que la fréquence des complications techniques des anastomoses gastro-duodénales, si elle avait pu autrefois porter quelques préjudices à ce procédé ne semble pas aujourd'hui atteindre une proportion supérieure aux autres techniques de gastrectomies. Encore faut-il pour l'apprécier à sa juste valeur, comparer les statistiques de même époque et de techniques équivalentes.

-- Sur le plan technique en effet, une anastomose gastro-duodénale peut être réalisée de 3 façons :

- . Anastomose gastro-duodénale termino-terminale, type BILLROTH I -PEAN la plus employée de nos jours,
- . Anastomose gastro-duodénale termino-latérale, type VON HABERER implantant la tranche gastrique sur D2 peu pratiquée et totalement abandonnée aujourd'hui.
- . Enfin, Anastomose duodéno-gastrique, type KOCHER-SANTY par implantation de la tranche duodénale sur la face postérieure du moignon gastrique totalement suturé, réalisé souvent autrefois au bouton.

Dans le cadre de notre étude d'une série de 1090 gastrectomies où l'anastomose gastro-duodénale fut peu pratiquée, nous avons retrouvé 5 complications :

- 1 lâchage intra-péritonéal (observation datant de 1946).
- 4 fistules vraies (observation datant de 1942).
- Aucun cas pendant ces dix dernières années.

Dans tous les cas l'anastomose fut réalisée par le procédé de KOCHER-SANTY au bouton. Nos observations datant de 20 ans et plus, ne nous permettant pas de juger le PEAN d'aujourd'hui qui donne sur le plan technique d'excellents résultats aux auteurs qui le pratiquent de façon régulière et rationnelle.

Nous nous bornerons donc à rapporter nos observations de complications du procédé KOCHER-SANTY essayant d'en dégager les causes, avant d'envisager les possibilités actuelles de thérapeutique d'une fistule gastro-duodénale.

I - Le lâchage intra-péritonéal d'une anastomose gastro-duodénale comporte le pronostic redoutable des péritonites post opératoires par déhiscence d'une suture digestive quelque soit son niveau. Notre seule observation (D 7) de complication de ce type concerne une gastrectomie pour cancer du pylore terminée par un KOCHER-SANTY au bouton. Un syndrome épigastrique douloureux survenu au 7ème jour a justifié une réintervention qui montra une double perforation de l'anastomose avec nécrose du segment gastrique, séparant celle-ci de la tranche suturée (le bouton étant libre à l'intérieur de l'estomac). Cette reprise opératoire n'a pas permis d'éviter le décès. Cette observation bien qu'exclue du cadre de notre étude nous fournit néanmoins des constatations opératoires sur le siège de la déhiscence et son mécanisme.

II - Nous avons par ailleurs relevé 4 observations de fistules vraies après anastomose gastro-duodénale.

- les indications furent posées 3 fois pour un ulcère (dans 2 cas: ulcères haut situés de la petite courbure: observations 16 et 17).
1 fois pour un cancer.
- le procédé fut chaque fois un KOCHER-SANTY au bouton.
- l'évolution fut, 3 fois sur 4, péjorative, 1 seule guérison (observation 18) d'une fistule de petit débit traitée par aspiration continue.
- enfin, nous n'avons dans cette série, aucune constatation opératoire ou nécropsique.

CAUSES ET SIEGES DES FISTULES APRES ANASTOMOSE GASTRO-DUODENALE

Parmi les observations (souvent anciennes et comparables à nos cas) de telles complications rapportées par de nombreux auteurs, un certain nombre de constatations ont permis de préciser le siège exact et le mécanisme de telles fistules.

- Elles sont dues avant tout bien sûr, à la désunion de l'anastomose par traction en sens inverse de l'estomac et du duodénum ; pratiquée au bouton cette anastomose peut lâcher par nécrose à son contact, pratiquée à la suture, la désunion commence en général au niveau du point faible

classique. Les techniques de suture actuelles ont évidemment beaucoup amoindri ce facteur technique.

- Par contre, un facteur vasculaire est souvent invoqué, il intéresse surtout le segment duodéal. Quelques cas de nécroses duodénales circulaires ont été rapportées (4 cas dans la thèse de MORER). La vascularisation de la première portion du duodénum (travaux de DELANNOY) est précaire au niveau de sa face postérieure juxta pylorique. La section duodénale devra donc être un peu éloignée du pylore et la libération devra éviter la dévascularisation.
 - Du côté gastrique, cette vascularisation peut être aussi compromise, ce facteur a joué probablement un rôle dans 2 de nos observations :
 - Constatation d'une nécrose gastrique partielle, dans notre observation D 7 de lâchage intra-péritonéal.
 - Possibilité d'hypovascularisation dans notre observation 16 (section de tous les vaisseaux courts pour la libération gastrique).
- HUGUIER a d'ailleurs rapporté 1 cas de spécèle de la grosse tubérosité.
- Enfin, très exceptionnellement, la fistule ne siège pas au niveau de l'anastomose mais provient d'une perforation gastrique parfois postérieure entre la tranche suturée et l'anastomose (constatation voisine dans notre observation D 7). Parfois antérieure au-dessus de l'anastomose (1 cas de MIALARET). Parfois enfin, la fistule provient de la partie supérieure de la tranche, surtout dans les ulcères haut situés.

Au total, ces différentes indications que fournit la littérature permettent de penser que la prévention de ces lâchages d'anastomose repose sur deux éléments. Un élément technique : le PEAN d'aujourd'hui soigneusement exécuté ne fournit qu'exceptionnellement de telles complications. Un élément d'indication, les anastomoses gastro-duodénales étant à éviter chez les malades âgés, hypoprotéïnémiques, porteurs d'un cancer (DETRY) ou ayant présenté une hémorragie aiguë (FINSTERER).

Sur le plan thérapeutique, la fistule installée impose les mêmes méthodes thérapeutiques locales et générales que les fistules issues du moignon duodéal. Le passage d'une sonde d'aspiration au-delà de l'anastomose peut améliorer rapidement un certain nombre de formes bénignes, mais les fistules

abondantes, ou persistantes, nécessitent assez rapidement avant l'effondrement de l'état général une reprise opératoire, ce qui les différencie des fistules dues au lâchage du moignon. Il est en effet possible ici, par une action directe, de rattrapper cette complication (MIALARET) (2 réinterventions - 2 guérisons).

Il s'agira rarement d'une reprise de la suture, le plus souvent d'une transformation de la gastrectomie en FINSTERER après fermeture du moignon (GERMAIN).

C H A P I T R E V

LES FISTULES BILIAIRES

Les lésions des voies biliaires au cours des gastro-duodénectomies ont fait l'objet de multiples travaux depuis de nombreuses années. Leur fréquence très modeste dépend souvent, au gré des statistiques, de l'étendue de celles-ci ou de l'attitude thérapeutique des auteurs vis-à-vis des duodénectomies difficiles qui peuvent compromettre la continuité de la voie biliaire.

Ainsi, dans les grandes séries de gastrectomies on peut retrouver :

- PARASKERAS	4 cas sur 800 gastrectomies
- FINSTERER	5 cas sur 309 gastrectomies pour ulcères duodénaux.
-SANTY	3 cas sur 800 gastrectomies dont 300 ulcères duodénaux.
- DE VERNEJOULE	4 cas de plaies biliaires pancréatiques sur 300 gastrectomies
- ANDERSON	5 fistules pancréatiques et biliaires sur 225 cas.
- HEPP et GRIMOU	avaient réuni pour leur rapport au congrès de chirurgie de 1952 : 60 cas de lésions des voies biliaires survenues au cours des résections d'ulcères.

Parmi ces lésions des voies biliaires un certain nombre d'entre elles reconnues en cours d'intervention et traitées immédiatement aboutissent à la guérison expliquant ainsi la rareté des fistules biliaires après gastrectomie. Sur l'ensemble des observations dépouillées par HEPP et GRIMOU 7 malades seulement ont présenté des fistules biliaires.

Matériel d'ETUDE

Sur l'ensemble des gastrectomies pratiquées dans le service du Professeur BERTRAND, nous avons retrouvé 7 observations de fistules biliaires externes succédant à l'exérèse gastrique, ce qui représente :

O,6% de la totalité de nos gastrectomies

O,9% des gastrectomies pour ulcère.

Parmi les différentes fistules observées après gastrectomie, ces fistules biliaires tiennent une place modeste (7 cas sur 41)

Par ailleurs, notre statistique s'étale depuis 1942, nous avons noté que cette complication était apparue au cours de gastrectomies relativement récentes puisque sur 7 observations, 6 d'entre elles intéressent des malades opérés pendant les 10 dernières années (TABLEAU I).

Dans le cadre général des fistules biliaires externes post-opératoires, les fistules surviennent après gastrectomie, s'inscrivent par leur fréquence au deuxième rang, après les fistules suivant la cholécystectomie, et avant celles observées au cours des interventions portant sur la voie biliaire principale, et sur le parenchyme hépatique.

Bien que groupées dans le cadre unique de complications des gastrectomies, nos observations de fistules biliaires sont survenues dans des circonstances cliniques et étiologiques très diverses.

- . A - 5 observations groupent des lésions de l'arbre biliaire survenues en cours d'intervention.

2 fois la lésion a été reconnue immédiatement et traitée la fistule apparaissant comme un échec transitoire dans un cas, définitif dans l'autre.

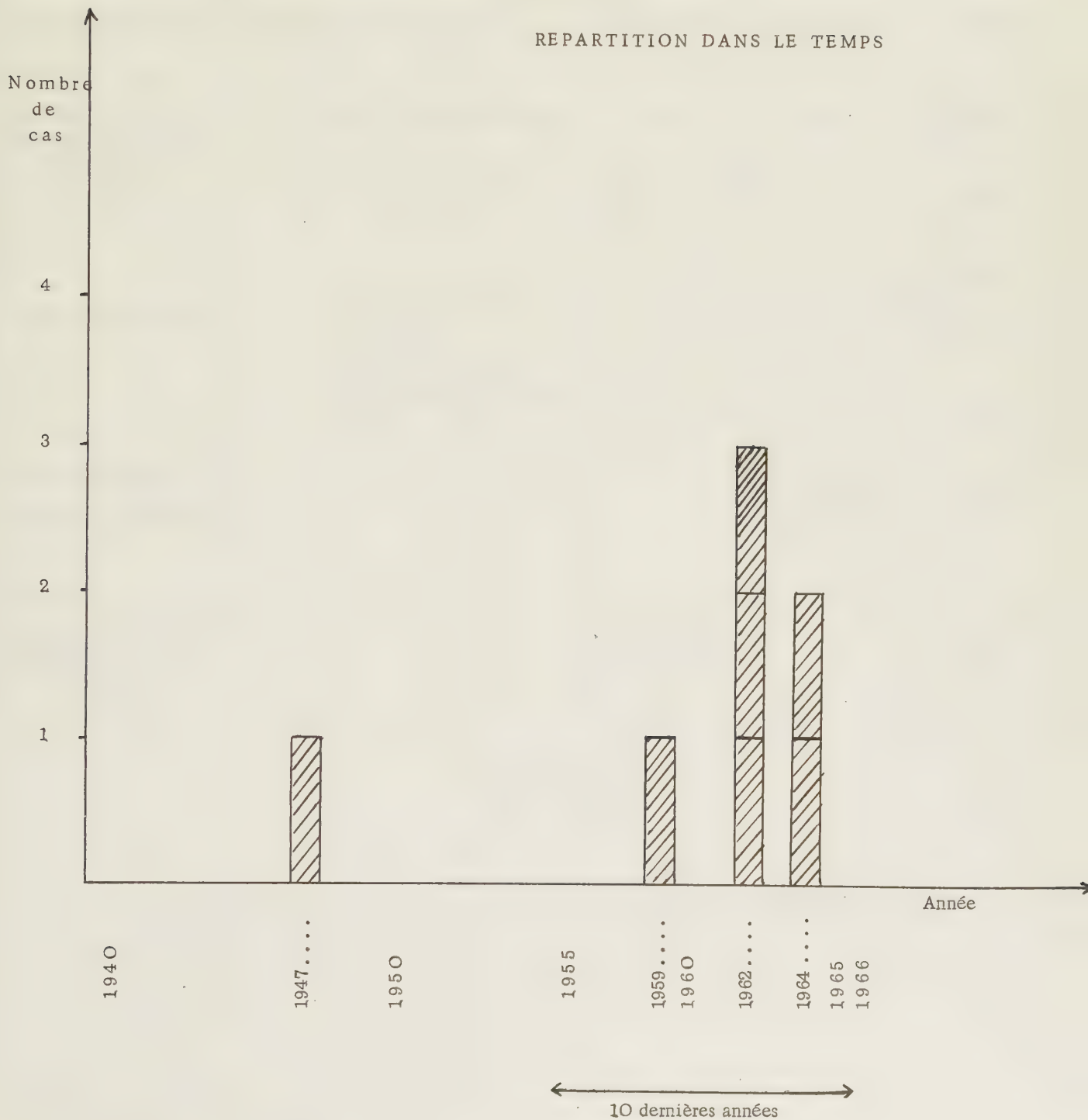
3 fois la fistule apparue dans la suite immédiate de la gastrectomie a extériorisé une lésion des voies biliaires non constatée en cours d'intervention.

- . B - Nous avons classé à part une observation de fistule biliaire survenue après gastrectomie pour fistule cholédoco-duodénale d'origine ulcéreuse, et tentative infructueuse de rétablissement de la continuité biliaire.

TABLEAU IFISTULES BILIAIRES

7 Observations.

REPARTITION DANS LE TEMPS



- . C - Enfin notre dernière observation appartient au groupe des fistules après cholédocotomie, de repérage par une duodénecotomie difficile. (TABLEAU II).

Etiologie des fistules biliaires	Nombre de cas	origine de la fistule	TRAITEMENT initial	TRAITEMENT de la fistule	Evolution
LESIONS DES VOIES BILIAIRES RECONNUES EN COURS D'INTERVENTION	2	Plaie latérale du choledoque	Suture	Local	Guérison
		Section du cholédoque sur Duodéal	Suture bout à bout sur tuteur	" "	Décès
LESIONS MECONNUES	3	- x		Local	Guérison
		- libération vésiculaire laborieuse		" "	Guérison
		- Ligature du cholédoque Ictère cholecysto-duodénostomie Fistule		" "	Guérison
CHOLEDOCOTOMIE DE PRINCIPE DE REPERAGE	1			Local + Hepatico-jéjunostomie sur anse en Y	Décès
FISTULE CHOLEDOCO-DUODENALE d'origine Ulcéreuse	1		Réimplantation du choledoque sur D ₂		Décès

TABLEAU II

L'ensemble de ces observations a confirmé la gravité classique de telles fistules puisque sur 7 cas nous avons eu 4 guérisons et 3 décès.

Comme dans tous les travaux consacrés à ce problème, nos observations de fistules biliaires sont survenues après gastrectomie pour ulcères très anciens ayant réalisé des conditions anatomiques locales très défavorables.

- Il s'agissait 5 fois d'ulcères duodénaux, calleux, rétractiles englobant le pied du Petit Epiploon.
- Une fois d'un ulcère prépylorique, accompagné d'une importante périoduodénite avec une véritable "coulée de ciment" dans le Pied du Pédicule hépatique réalisant des conditions anatomiques très voisines des ulcères duodénaux précédents.
- Enfin, nous avons une observation de gastrectomie pour ulcère de la Petite Courbure gastrique source de fistule biliaire. Mais il s'accompagnait d'une telle rétraction gastro-duodénale qu'il déterminait un "estomac en escargot", rendant méconnaissable la première portion duodénale.

Pour l'ensemble de ces malades le type de gastrectomie employé fut 6 fois une gastrectomie type POLYA dont 1 cas pratiqué pour exclusion, et une fois une gastrectomie type BILLROTH II avec anastomose gastro-jéjunale au bouton (observation datant de 1947).

I - ASPECT CLINIQUE ET CONSEQUENCE PHYSIOPATHOLOGIQUE DES DEPERDITIONS BILIAIRES

- . Il s'agissait chaque fois d'hommes d'âge variable allant de 35 à 69 ans. Deux de nos malades avaient plus de 65 ans.
- . Ces fistules sont apparues dans l'ensemble précocement dans les 8 premiers jours suivant l'intervention, 4ème-5ème-8ème jour en général.
- . Elles peuvent surtout revêtir une intensité variable qui permet d'opposer :
 - Les petites fistules, 100 à 150 cc par jour, qui n'entraînent pas de conséquences métaboliques trop importantes.
 - 3 de nos observations (3-4-6) correspondent à cette modalité. Elles ont guéries simplement par les traitements locaux.

- Les fistules à gros débit sont au contraire graves en elles-mêmes, outre les altérations cutanées rapides qu'elles provoquent souvent, elles ont des conséquences physiopathologiques sévères et bien connues qui méritent d'être compensées aussi rapidement que possible si l'on veut que le traitement curateur ait des chances de succès. Il est classique en effet de décrire dans les fistules stables ou très abondantes :

- . Les troubles du métabolisme lipidique, et surtout des volumes liposolubles en particulier K, source d'hypoprothrombinémie accusée.
- . Les troubles hydroélectrolytiques tenant à la perte hydrique que représente la fistule, et aux déperditions électrolytiques aboutissant en particulier (ROBSON - LEGER) à un état d'acidose dû aux pertes de base. Ces auteurs ayant étudié les dosages des électrolytes sur des sujets porteurs de fistule biliaire totale. Ces troubles électrolytiques sont encore plus graves dans une fistule biliaire après gastrectomie, car il s'agit alors souvent de sujets qui ont une aspiration gastro-duodénale rendant encore plus nécessaires et précises les corrections métaboliques.
- . Les troubles du métabolisme du calcium sont bien connus et d'ailleurs discutés, intéressant surtout les fistules prolongées.

. Enfin, l'infection des voies biliaires consécutives à la fistulisation cutanée nécessitera elle aussi une correction précise évitant les poussées d'angiocholites, d'autant plus que la sténose cicatricielle accompagnera bien vite la fistule de la voie biliaire principale. Les poussées d'ictères alternent avec la diminution du volume biliaire extériorisé par la fistule.

Ce tableau d'angiocholite avec fistule et poussée ictérique a été réalisé 3 fois dans notre série : deux formes subaiguës (observations 3 et 6) et 1 fois dans sa forme grave majeure (observation 5).

L'ensemble de ces processus aboutit à créer localement des conditions anatomiques très défavorables réalisant "une véritable maladie régionale sous hépatique rendant la découverte de la voie biliaire difficile au centre d'un foyer inflammatoire siège d'adhérences multiples". (HEPP).

Nos 7 observations de fistules biliaires , qu'elles soient modestes ou intenses et presque totales, simples ou compliquées d'angiocholite et d'ictère , sont survenues dans des :

II - CIRCONSTANCES ETIOLOGIQUES DIVERSES

expliquant la variété des formes évolutives et des possibilités thérapeutiques envisagées.

1) L'étiologie essentielle est représentée bien sûr par la lésion opératoire des voies biliaires au cours des gastrectomies pour ulcères difficiles.

Cette étiologie couvre 5 de nos observations, deux fois la lésion a été reconnue en cours d'opération, trois fois la fistule est apparue après une lésion méconnue. L'ensemble de ces cas nous permettra de rappeler brièvement les lésions de l'arbre biliaire au cours des gastrectomies et de préciser la prophylaxie et le traitement de telle lésion.

2) A côté de ce chapitre essentiel nous pouvons mettre à part une fistule biliaire survenue chez un malade porteur d'une fistule cholédoco-duodénale pré opératoire d'origine ulcéreuse. Nous discuterons de la meilleure conduite thérapeutique possible dans cette forme d'ulcère ouvert dans les voies biliaires.

3) Enfin, notre dernière observation présente une fistule biliaire après cholédocotomie de repérage pour un ulcère duodénal difficile. Cette dernière variété représente un accident de la cholédocotomie.

A - Les fistules séquelles des plaies opératoires des voies biliaires.

1) Les lésions anatomiques possibles

Les duodénectomies difficiles exposent à la blessure de l'arbre biliaire à différents niveaux.

- Exceptionnellement au niveau de la vésicule, qui peut être blessée au cours d'une libération duodénale laborieuse.

C'est à une lésion biliaire de ce type que peut être attribuée dans notre observation n°4 la fistulisation d'ailleurs transitoire.

- Il s'agit dans l'immense majorité des cas de lésions de la voie biliaire principale. Mais contrairement aux plaies des voies biliaires après cholecystectomie qui intéressent surtout l'hépatique ou ses branches, la lésion est ici pratiquement toujours cholédocienne.
- Assez rarement cholédoque sus et paraduodéal sous la forme le plus souvent d'une plaie latérale, plutôt que d'une section franche.
- Presque toujours le cholédoque sera lésé dans son trajet intra-pancréatique.
- Enfin la lésion peut être papillaire ou juxta-papillaire sous de multiples aspects :
 - . Désinsertion papillaire intéressant les canaux biliaires et pancréatiques, ou
 - . enfouissement de la papille au cours de la fermeture duodénale.

La fréquence classique de ces incidents papillaires étant fixée entre 1,5 et 0,03% de gastrectomies pour ulcère duodéal.

Nous n'avons aucun accident de ce type dans nos observations.

2) Facteurs favorisants

Ces lésions sont favorisées quelque soit leur niveau par 2 facteurs.

a) Des facteurs anatomiques

- La brièveté cholédocienne (ALBOT-CAROLI) avec cholédoque court, presque vertical, d'abouchement haut-situé.
- ^{Les} anomalies d'insertion de la Papille qui peut varier (TESTUT-LATARJET de 6 à 12 cm du pylore). Dangereuse en situation haute le cholédoque dépourvu de trajet intra-pancréatique viendra s'aboucher à angle droit sous le ~~geu~~ supérieur.

b) Des facteurs pathologiques qui tiennent au siège de l'ulcère duodénal surtout lorsqu'il est post bulbaire, et essentiellement à son pouvoir rétractile, rapprochant dangereusement l'insertion vatricienne du pylore (observation de JAUBERT de BEAUJEU: SECTION PAPILLAIRE DE PRINCIPE et REIMPLANTATION)

3) L'ensemble de nos 5 observations qui appartiennent à ce groupe intéressent la voie biliaire principale 4 fois :

2 fois dans son segment sus ou paraduodénal dont

1 fois par plaie latérale au bistouri électrique et

1 fois par section franche.

2 fois dans son segment intrapancréatique

Enfin 1 observation intéresse une plaie probable de la vésicule biliaire.

B - Nous avons rangé dans un cadre étiologique particulier une observation de fistule biliaire après gastrectomie pour fistule cholédoco-duodénale d'origine ulcéreuse connue avant l'intervention.

Parmi les fistules bioliodigestives , l'ulcère gastro-duodénal vient au 2ème rang après la lithiase, et avant les cancers digestifs ou biliaires . Il s'agit en général de fistule directe sans trajet intermédiaire.

Depuis TUFFIER qui inaugura l'ère chirurgicale de telles lésions, les auteurs ont émis des opinions divergentes sur la conduite à tenir.

GAVIOLI , dans une étude récente, a réuni: 43 cas dans la littérature et, discutant des mérites des différents procédés opératoires, il donne la préférence à l'abord direct avec réparation biliaire, quand elle est possible, ou à défaut à la gastrectomie pour exclusion, enlevant toute la muqueuse pylorique.

Notre observation ayant conduit à la fistule biliaire représente un échec du traitement direct d'une telle lésion, mais l'impossibilité de trouver le segment inférieur du cholédoque a justifié une implantation de la voie biliaire principale dans le 2ème duodénum.

Les parois friables du canal cholédocien , la nécessité de refaire une seconde fois en fin d'intervention l'anastomose cholédoco-duodénale du fait

de la chute du drain tuteur expliquent probablement la désunion et la fistule.

Enfin, une réintervention le soir-même pour hémorragie intrapéritonéale a joué encore un rôle aggravant chez ce malade.

C - Enfin, dernière circonstance étiologique, nous avons observé 1 fois une fistule après cholédocotomie de repérage de la voie biliaire principale.

- Préconisé par LAHEY et CATTELL la mise en place d'un repère (SONDE - BENIQUE) dans le cholédoque est classique dans les duodénectomies dangereuses. Elle permet de situer la topographie de la voie biliaire dans une région anatomique que la sclérose péri-ulcéreuse a rendu méconnaissable. Elle permet surtout de situer la Papille qui apparaît alors souvent très haute, évitant de prendre celle-ci dans l'enfouissement duodénal.

Dans notre série de gastrectomies cette méthode a été utilisée 5 fois sans incident, terminé par un drainage de KEHR, suivi d'un contrôle radiologique effectué en moyenne dans les 10 premiers jours objectivant le bon passage duodénal, l'ablation du drainage n'ayant été suivi d'aucun incident.

- Une seule fois (observation 5) cette méthode a donné lieu à une fistule biliaire persistante.

Après des suites opératoires immédiates normales, pendant les 15 premiers jours, et un contrôle radiologique satisfaisant le malade a développé une fistule biliaire persistante, à rechute d'aspect modéré au début, mais bientôt compliqué de poussées d'angiocholite. La réintervention (Hépatico-jéjunostomie sur anse en Y) pratiquée le 48ème jour, a montré une cholédocotomie béante et l'absence de passage cholédoco-duodénal (cholédocite-oddite ?)

III - Ainsi, si nos fistules biliaires après gastrectomie sont rares, nous pouvons cependant essayer de dégager de leur étude sur le PLAN THERAPEUTIQUE trois notions essentielles :

- . Les facteurs de prophylaxie permettent au maximum de les éviter au cours de gastrectomies difficiles.
- . La thérapeutique locale et médicale que commande la survenue d'une fistule digestive chez un opéré récent.

- . Enfin, la thérapeutique chirurgicale de reprise de telles lésions, qui dans notre série ne s'est justifiée que dans un cas.

1) Prévention des fistules biliaires au cours des gastrectomies.

" Dans une lésion telle que la fistule biliaire, dont le traitement présente de réelles difficultés, l'importance des moyens préventifs n'a guère besoin d'être soulignée " (HEPP).

Ces moyens préventifs peuvent se situer aux différentes étapes du traitement chirurgical des ulcères duodénaux surtout lorsqu'ils seront anciens, évolutifs, ou loin situés sur le duodénum.

- Déjà, à l'étape du diagnostic, outre le siège exact de l'ulcère et l'aspect du duodénum, l'exploration radiologique biliaire permettra d'avoir une première idée des difficultés susceptibles d'être rencontrées au cours d'intervention, et exceptionnellement de faire le diagnostic de fistule cholédoco-duodénale d'origine ulcéreuse, d'autant plus que cette variété clinique rare, s'accompagne assez rarement de poussées angiocholitiques révélatrices. Ce fut le cas de notre observation n° 2.

- C'est à l'époque du traitement chirurgical que ces moyens préventifs ont le maximum d'importance ; au cours de chaque phase de l'acte opératoire.

-- Le bilan des lésions montrera avec évidence l'infiltration du Pédicule hépatique ; la rétraction duodénale exposant la papille. Il imposera parfois un changement de l'indication thérapeutique vis-à-vis de l'exérèse gastro-duodénale.

-- Cette modalité d'indication que nous n'avons pas à discuter ici a fait l'objet de maints travaux et les opinions des auteurs sont loin d'être unanimes.

--- La gastrectomie "quand même" a ses indications propres, et ses partisans, elles exposent néanmoins de loin en loin à quelques complications biliaires.

--- La vagotomie avec gastro-entérostomie est souvent imparfaite dans ces formes cliniques d'ulcère duodénaux.

--- La gastrectomie pour exclusion avec suppression de la muqueuse pylorique apparaîtra parfois comme la solution de sagesse (Elle avait été discutée dans notre observation n°2 . Elle fut pratiquée dans notre observation n°4)

" Lorsque l'on se décide à faire cette gastrectomie pour exclusion il faut en prendre son parti d'emblée et ne pas s'y résoudre au terme d'une dissection laborieuse menaçant les éléments du Pédicule hépatique" (HEPP).

- Lorsque la décision d'exérèse sera envisagée, il est parfois utile de pratiquer un repérage des voies biliaires, afin de préciser le trajet cholédocien et l'implantation papillaire.

Cette technique a été pratiquée 7 fois dans notre série de gastrectomies :

-- 1 fois sous la forme d'une cholangiographie transvésiculaire de contrôle per opératoire.

-- 6 fois selon la technique de LANEY CATTELL par cholédocotomie et introduction d'un béniqué; avec 5 bons résultats et 1 fistule après choledocotomie ; rappelant ainsi que l'ouverture même correctement exécutée d'un cholédoque sain et perméable, suivi de drainage, peut toujours exposer à la fistulisation. (HEPP- GRIMOUD).

- Si une lésion per opératoire des voies biliaires se produit la prophylaxie des fistules consistent d'abord à reconnaître et ensuite à la traiter .

-- Reconnaître une plaie biliaire au cours d'une gastrectomie est parfois évident mais souvent difficile, surtout s'il s'agit d'une plaie latérale, l'écoulement biliaire étant modeste , dans un champ opératoire qui peut être souillé par l'ouverture duodénale. En cas de doute sur la perméabilité des voies biliaires en cours d'intervention (Ligature du cholédoque Observation 6) un contrôle radiologique biliaire per opératoire peut en permettre la correction chirurgicale immédiate.

De toutes façons, cette reconnaissance évitera un certain nombre de fistules après gastrectomie.

Sur 7 fistules biliaires observées par HEPP et GRIMOUD, 6 d'entre elles sont survenues après lésion méconnue de l'arbre biliaire.

Dans notre série 3 fistules biliaires sont survenues après des lésions méconnues pendant l'intervention.

- Une fois reconnue cette lésion biliaire se doit d'être traitée immédiatement avec le maximum de chances de succès. Ces indications sont fonction du siège de la plaie et de la valeur du moignon duodénal.

- . Les plaies vésiculaires imposent une cholécystectomie. Elles sont en fait très rares.
- . La plaie cholédocienne suivant son siège et son importance
 - Latérale invite à la réparation sur un drainage de KEHR.
 - Complète elle impose la réimplantation cholédoco-duodénale, ou cholédoco-jéjunale, sur drain tuteur, si l'étoffe duodénale ne se prête pas.
- . Enfin, la désinsertion papillaire doit être réparée immédiatement par une réimplantation directe des canaux dans le moignon duodénal, ou dans une anse jéjunale en Y avec anastomose jéjuno-duodénale complémentaire pour éviter l'ulcère peptique (HEPP).

A côté de ces procédés qui paraissent aujourd'hui les plus satisfaisants, les nombreux auteurs qui ont rapporté des observations de fistules biliaires ont essayé, suivant les cas et les conditions anatomiques qu'ils observaient, d'autres méthodes.

- . La suture simple du cholédoque a donné des succès (PEYCELON, COORNAERT)
- . La suture sur drain perdu, ou amovible a connu des échecs rapportés par SANTY-COORNAERT-PEYCELON-MALLET GUY.

- . Les méthodes utilisant la voie biliaire accessoire sous la forme de cholécysto-duodénostomie et de cholécysto-gastrectomies ont été rapportées.

Sur 7 cas rapportés par HEPP et GRIMOUD, ils notent 3 morts, 1 échec et 3 guérisons.

- Dans notre série 2 lésions des voies biliaires ont été immédiatement traitées et ont donné lieu à une fistulisation

- . Une fois une section du cholédoque très fin, chez un homme de 60 ans, a été traitée par suture bout à bout sur sonde urétrale n°18, l'intervention fut terminée par une cholécystostomie (observation de 1947). Echec et fistulisation biliaire apparue au 5ème jour.
- . Une autre fois une réimplantation cholédoco-duodénale (D 2) sur drain tuteur sortie à la WOELKER pour traiter une fistule cholédoco-duodénale d'origine ulcéreuse a abouti à un échec avec fistule biliaire totale apparue au 4ème jour.

Ainsi qu'elles apparaissent, primitivement comme un incident méconnu, ou comme un échec transitoire ou définitif de réparation des voies biliaires, les fistules biliaires imposent dès leur survenue, toujours une thérapeutique locale et médicale, parfois devant leur persistance ou ~~leur~~ intensité une indication chirurgicale.

LE TRAITEMENT LOCAL

Il assure la protection cutanée, canalisant l'écoulement au moyen d'un drain aspiratif introduit dans le trajet fistuleux, permettant une mesure précise du volume biliaire perdu, et un contrôle objectif de l'évolution de la fistule.

Après quelques jours d'aspiration l'introduction dans le trajet de quelques fragments placentaires peut amener une guérison rapide de quelques formes bénignes (SOUPAULT).

L'irrigation locale d'acide lactique quoique sans action dans une fistule biliaire pure, trouve ici souvent son indication d'autant plus qu'il s'agit

souvent de fistule bilio-duodénale. Il sera appliqué suivant les modalités classiques (voir 2ème partie).

Ce traitement local se doublera d'un traitement général de rééquilibration hydrique et protidique et de compensation biliaire. Il est parfois possible de redonner aux malades la bile perdue (200 cc minimum 500 cc suffisent) (SOUPAULT), elle peut être accommodée de jus d'orange ou de bière, ou en cas de répugnance, réintroduite dans le circuit digestif par une sonde de DRIP FEE-DING.

Enfin, l'évolution de l'écoulement d'une fistule qui ne se tarit pas ou qui s'aggrave, commande, après une soigneuse préparation médicale, une reprise opératoire. Dans les fistules biliaires après gastrectomie, ces réinterventions sont fonction de type de lésions rencontrées, et de l'état du malade. Elles peuvent se grouper en deux catégories de méthodes.

- a) Des méthodes indirectes établissant un court-circuit bilio-digestif en utilisant la vésicule biliaire sous la forme de cholécysto-duodénostomie ou de cholécysto-jéjunostomie suivant la valeur du moignon duodénal.

En fait, elles ne peuvent s'envisager que pour des fistules latérales. Elles ont pu donner quelques améliorations transitoires (FRANCKE-MOIROUD citées par HERP). Mais elles ont dans l'ensemble des résultats immédiats incertains et des échecs éloignés fréquents (SOUPAULT).

Pratiquée 1 fois dans notre série (observation 6) une cholécysto-duodénostomie pour ligature du cholédoque donna lieu à une fistule qui mit 3 mois à se tarir.

- b) Aussi les indications opératoires dans les fistules biliaires après gastrectomie resposent essentiellement sur des méthodes directes.

- Exceptionnellement une Fistulo-anastomose (duodénale ou jéjunale : AYLETT - SUTTON - MURPHY) abandonnée de nos jours.

- Parfois une réparation directe d'une plaie latérale sur drain transpapillaire.

- En fait, dans la grande majorité des cas, il s'agit d'une section totale :

- . La suture bout à bout difficile dans une région remaniée (dans notre série cette méthode employée comme traitement primitif d'une section cholédocienne reconnue en cours d'intervention, a abouti à un échec Obs. 1)
- . C'est donc en définitive une implantation de la voie biliaire (cholédoque en général, hépatique parfois comme dans notre observation 5) dans le moignon duodénal rarement utilisable ou plus sûrement dans une anse jéjunale montée en Y, qu'il faut pratiquer. Cette hépatico-jéjunostomie donnant actuellement un nombre de plus en plus important de bons résultats (72% de cas heureux sur un ensemble de 104 observations colligées par SOUPAULT concernant des fistules biliaires post traumatiques traitées par différents auteurs).

En Conclusion

- Une fistule biliaire post opératoire témoin de l'agression de l'arbre biliaire présente une gravité certaine (30% de mortalité sur l'ensemble des cas réunis par HEPP).

- La cadre particulier de la gastrectomie qui nous intéresse peut exposer souvent à de telles lésions. L'étude des 7 observations que nous avons rapportées confirme l'importance des moyens prophylactiques par :

- Une indication appropriée lors de l'exérèse gastrique.
- Un repérage par opératoire des voies biliaires si la duodénectomie s'impose. Celle-ci réalisée autant que possible en sous séreuse.
- En cas de lésions biliaires, une réparation immédiate par le procédé le plus sûr.

- Si malgré ces précautions une fistule biliaire se constitue, les traitements locaux et généraux permettent la guérison des formes bénignes (plaies latérales) . Les formes graves nécessitent en général une reprise opératoire qui sera le plus souvent une anastomose cholédoco ou hépatico-jéjunale.

CHAPITRE VI

LES FISTULES PANCREATIQUES

Les fistules pancréatiques dont la première observation clinique remonte à CLAUDE BERNARD ont vu depuis le rapport de VILLAR au congrès de chirurgie en 1905 élargir considérablement leur cadre étiologique.

La cause majeure reste toujours dans les grandes statistiques la chirurgie pancréatique (marsupialisation des pseudo-kystes, nécrose pancréatique), mais aussi la chirurgie biliaire et splénique.

La chirurgie gastrique expose également bien qu'assez rarement à cette complication ; on peut retrouver de temps à autre dans les grandes séries de gastrectomies quelques observations disséminées :

PARASKERAS 800 gastrectomies, 4 blessures pancréatiques.

MARTIN (1953) 530 gastrectomies pour ulcères : 1 fistule.

CARPENTER, GRANDELL (1958) 284 gastrectomies, 3 cas (associés à des lésions biliaires).

Les blessures pancréatiques peuvent accompagner les lésions des voies biliaires en particulier dans le cadre des traumatismes papillaires. Elles posent alors des problèmes identiques à ceux déjà exposés à propos des lésions de l'ampoule de Vater.

Par contre, envisagée isolément la blessure d'un canal pancréatique au cours d'une dissection duodénale laborieuse peut, si elle n'est pas immédiatement reconnue et réparée, donner lieu à une fistulisation cutanée.

Les observations de fistules pancréatiques pures après gastrectomie sont néanmoins très rares puisque TRISTKA (1950) les étudiant sur 2343 résections gastriques leur attribue une fréquence de 0,25%. Une revue de la littérature depuis 1881 n'a permis à cet auteur que de retrouver 61 cas.

Dans notre série de 1090 gastrectomies, nous n'avons retrouvé que 2 observations de fistules pancréatiques (TABLEAU I) soit 0,2%.

N° Obs.	Année	Age	LESIONS	Type de GASTRECTOMIE	Traitement de la fistule	Evolution
FA... P 1	1954	50	Kc de l'Antre pylorique	Billroth II	Aspiration locale continue	Guérison en 15 jours
CH... P 2	1963	71	Kc de l'Antre pylorique	Polya	"	Décès au 12 ^e jour Cause non précisée

TABLEAU I

FISTULES PANCREATIQUES

Conditions de Production des fistules pancréatiques

L'effraction d'un canal pancréatique au cours d'une gastro-duodénectomie est fonction de 2 éléments :

a) Les conditions locales d'adhérence de la lésion au parenchyme pancréatique exposant ses canaux.

b) Les anomalies anatomiques de trajet des voies pancréatiques.

A - Les conditions locales sont classiques et bien connues. Dans une étude de 24 cas de traumatismes pancréatiques ABOULKER a pu préciser que 22 cas succédaient à l'exérèse d'un ulcère duo dénal. Les lésions qui siègent toujours au niveau de la tête pancréatique reconnaissent deux mécanismes essentiels : la résection d'un fond d'ulcère adhérent au pancréas ou la libération laborieuse du duodénum.

MILLER (cité par BARTLETT) en 1949, étudiant 200 pancréatographies conclut que dans 50% des gastrectomies pour ulcère duodénal, le canal de SANTORINI peut être blessé au cours de la dissection duodénale.

La classique règle de FINSTERER qui conseille de laisser en place le cratère ulcéreux adhérent au pancréas explique la rareté de tels accidents.

Par contre, la dissection d'un cancer gastrique peut exposer à la blessure pancréatique. Ce fut le cas de nos deux observations (P 1 et P 2): cancer antro-pylorique accompagné d'adénopathies très adhérent au parenchyme pancréatique, le curage ganglionnaire donna lieu à une blessure canaliculaire.

B - La variations anatomiques de trajet et d'importance respective des canaux peuvent également jouer un rôle favorisant , expliquant la survenue et surtout l'évolution prolongée de certaines fistules pancréatiques. De très nombreux travaux ont été consacrés à ce sujet (CORDIER, CEDERNACK, etc...).

Le canal de SANTORINI, le plus exposé, peut représenter le canal prépondérant ou unique (rencontré 4 fois par CLAIRMONT).

Le canal de WIRSUNG pouvant devenir accessoire, occuper la partie supérieure de la tête pancréatique et s'aboucher près du pylore (TESTUT LATARJET).

La reconnaissance per opératoire d'une blessure canaliculaire n'est pas toujours facile à mettre en évidence, dans une de nos observations une hémorragie veineuse survenue au cours du clivage des adénopathies a sûrement empêché de voir sourdre le liquide pancréatique.

La constatation et la réparation immédiate restant le meilleur moyen de prévention de telles fistules.

Aspect anatomo-clinique des fistules pancréatiques

-- Sur le plan anatomique il est classique (SANTY et LATARJET) d'opposer les trajets fistuleux consécutifs à la dissection d'ulcères adhérents passant au-dessus de la petite courbure et

ceux consécutifs au drainage d'un pseudo kyste passant sous la grande courbure.

- sur le plan clinique, la fistule s'extériorise dans les suites opératoires immédiates sous la forme d'un liquide clair eau de roche caractéristique d'abondance variable, fonction de l'importance de la voie pancréatique lésée. Cet écoulement peut parfois être considérable (2 litres 500 dans une observation de CEDERNACK).
- Le diagnostic souvent évident peut parfois être discuté avec une fistule duodénale dont l'écoulement, au moins au début , peut être clair de type pancréatique pur. L'épreuve du bleu , les examens biochimiques du liquide trancheront en général facilement.
- C'est enfin l'intensité de l'écoulement qui, par les pertes électrolytiques et l'érosion cutanée qu'il entraîne, commande les principes thérapeutiques.

Traitement et Evolution des Fistules Pancréatiques

1) Les fistules pancréatiques bénéficient au plus haut point des thérapeutiques locales et générales employées dans les autres variétés.

- aspiration et irrigation à l'acide lactique.
- compensation hydroélectrolytique précise.

2) Quelques méthodes particulières à ces fistules ont pu donner des améliorations :

- emploi de médications destinées à freiner la sécrétion pancréatique : atropine, éphédrine, dihydroergotamine (MAC CAUGHAN). Leur efficacité semble modeste.
- Régime de restriction glucidique type VOLGMUNTH abandonné de nos jours.
- Radiothérapie pancréatique. Cette méthode a pu donner quelques succès (CULLEN, PEYCELON, BONNIOT).

3) C'est en fait l'évolution de ces fistules qui commande ces principes thérapeutiques; on sait que beaucoup d'entre elles évoluent spontanément, souvent au bout d'un certain délai, vers l'assèchement (sur 88 cas étudiés par LAHEY, 62 ont guéri spontanément souvent au bout d'un an).

4) Les indications chirurgicales seront donc très tardives. Une fistulographie permettra alors de préciser la nature et le siège du canal intéressé. De telles observations sont rares : la Fistulo-anastomose est difficile car :

- le petit moignon gastrique prête peu (I succès de MAC CAUGHAN)
- le duodénum est rarement utilisable (I cas de FINSTERER).

C'est donc en définitive une anastomose pancréato-digestive, par l'intermédiaire d'une anse en Y qu'il faudra envisager.

DEUXIEME PARTIE

ETUDE SYNTHETIQUE DES PROCEDES THERAPEUTIQUES

TRAITEMENT D'ENSEMBLE DES FISTULES DIGESTIVES APRES

GASTRECTOMIE

L'étude analytique des différentes variétés de fistules nous a montré qu'elles jouaient un rôle certain dans la mortalité opératoire des gastrectomies. Elles sont en nette diminution de fréquence, mais peuvent néanmoins toujours apparaître.

Elles poseront alors des problèmes thérapeutiques communs à toutes les variétés visant à canaliser cette fistule, à l'assécher par des moyens chimiques locaux et surtout à compenser les pertes hydro-électrolytiques qu'elle entraîne permettant de reprendre le plus rapidement possible une réalimentation qui reste le facteur essentiel du succès.

Ces méthodes permettent de guérir un grand nombre de cas, elles seront parfois complétées par une réintervention dont nous tenterons de préciser l'indication en fonction du type de la fistule.

1 - Les moyens thérapeutiques communs reposent :

a) sur un traitement local

. Il est indispensable de canaliser l'écoulement fistuleux par la mise en place d'un ou plusieurs drains souples branchés sur une aspiration continue permettant de recueillir le liquide, de le mesurer, de doser les pertes électrolytiques, et de les compenser rationnellement.

Cette aspiration permettra d'éviter au maximum l'érosion cutanée et l'aggravation souvent catastrophique de la plaie opératoire qui sera

autant que possible laissée sans pansement sous arceau, la peau simplement protégée par une pâte adhésive.

. Cette aspiration sera complétée par une irrigation locale avec l'acide lactique chaque fois que le liquide fistulisé présente une activité trypsique notable (pH supérieur à 7,5) entraînant une importante destruction cutanée. C'est dire qu'en dehors des fistules gastriques et biliaire pures, l'acide lactique trouve un très large champ d'indications, il sera employé à la concentration de 4,5 pour 1000 (solution dont le pH sera ajusté à 4,5 ou 5).

Il devra être instillé goutte à goutte (1 à 2 litres par jour) réaspiré au niveau du drain mis en place dans la fistule. Ce traitement nécessite une surveillance constante, il doit parfois être poursuivi longtemps (60 jours dans certains cas observés par TREMOLIERES). Il peut permettre, bien conduit, des guérisons spectaculaires, en particulier dans les fistules duodénales.

b) Le traitement général

L'équilibre biologique et l'alimentation reste le problème fondamental de ces fistules. Les méthodes actuelles de réanimation rationnellement employées permettent d'éviter la dénutrition et la cachexie auxquelles aboutissent les fistules prolongées.

. Cet équilibre sera toujours au début maintenu par voie parentérale tenant compte :

- de la ration liquidienne de base : 2 litres 500 de liquide, 3 grs de ClNa et 1,50 de ClK, à laquelle il faudra adjoindre le volume du liquide extériorisé par la fistule, et les pertes en électrolytes qu'elle provoque. Pour les déterminer on peut se baser sur la règle d'ensemble : 1 litre de liquide perdu par une fistule contient approximativement 10 grs de ClNa et 2 grs de ClK. On peut aussi se baser sur la composition moyenne classique que donne l'étude des différentes sécrétions digestives.

	Na	K	Cl	CO ₃ H
Liquide gastrique	50	15	140	0
Liquide Intestinal	140	10	100	25
Liquide biliaire	120/140	5/15	80/120	30
Liquide pancréatique	120/140	5/15	40/80	70

Concentrations moyennes en mEq par litre

Il vaut mieux de toutes façons pratiquer le dosage directe des différents ions dans le liquide fistulisé chaque fois que cela est possible et se méfier d'une correction basée uniquement sur l'étude de l'ionogramme dont l'altération est toujours retardée. Cette correction métabolique tiendra compte aussi de l'aspiration gastro-duodénale fréquemment mise en place.

A cette thérapeutique de base, il faut adjoindre une vitaminothérapie intense, quelques transfusions et surtout un apport calorique (sérum glucosé hypertonique + insuline, trophysan etc...).

- cette voie parentérale a néanmoins des limites. Elle ne peut être prolongée indéfiniment, souvent pour des raisons veineuses. Elle est toujours inférieure à l'alimentation normale qui reste l'objectif à atteindre le plus rapidement possible.

- cette alimentation normale est souvent difficile à réaliser chez ces malades porteurs de fistules digestives hautes, il sera donc souvent nécessaire d'utiliser une sonde transanastomotique type DRIP FEEDING ou une jéjunostomie. La collaboration d'un service de diététique permettra de fournir sous forme liquide aussi agréable que possible une ration alimentaire de 1000 calories minimum que l'on augmentera progressivement par paliers de 200 calories pour atteindre 2000 par 24 heures.

- Enfin, quelques thérapeutiques adjuvantes complèteront cet ensemble : antibiotiques, corticothérapie à faible dose, anabolisants hormonaux.

Au total, ce traitement médical permet souvent la guérison complète d'un nombre important de ces fistules (en particulier les fistules gastro-jéjunales et les fistules duodénales). Il permet aussi dans certains cas de poser une indication de réintervention dans les meilleures conditions possibles .

II - Les indications chirurgicales

Certaines fistules digestives après gastrectomie peuvent bénéficier d'une reprise, d'autres l'exigent dès que les conditions générales le permettent.

- Les fistules après gastrectomie totale sont toujours d'un redoutable pronostic. Quelques tentatives heureuses de réintervention (MOUCHET) peuvent être couronnées de succès.

- Les fistules après PEAN sont actuellement très rares. Néanmoins , lorsqu'elles atteignent un certain débit il est logique de réintervenir pour transformer la gastrectomie après fermeture du moignon duodéal en anastomose gastro-jéjunale. (GERMAIN)

- Les fistules biliaires par contre exigent souvent, lorsqu'elles sont abondantes, une reprise . Les modalités opératoires que nous avons décrit antérieurement sont fonction du siège de la lésion.

- Il est enfin assez rare que certaines de ces fistules passent à la chronicité. A ce stade, les conditions générales très améliorées permettent de poser quelques indications opératoires :

Fistules duodénales chroniques, fistules gastriques et très exceptionnellement fistules pancréatiques.

III - Conclusion :

L'étude de ces différentes fistules nous a montré la grande diversité anatomo-clinique de ces complications dont le pourcentage peut être évalué approximativement à 3%.

Certaines formes sont en presque totale disparition du fait des progrès techniques, d'autres au contraire sont la rançon de gastrectomie très difficile souvent pour cancer et peuvent de ce fait toujours apparaître.

Ainsi, la prophylaxie de telles complications reste l'élément essentiel :

a) sur le plan technique, à tous les stades de l'acte opératoire :

- précaution dans la dissection, évitant la dévascularisation de certaines tuniques fragiles (moignon duodénal ou oesophage) repérant les voies biliaires lorsque la duodénectomie s'avère laborieuse, évitant le plus possible une effraction pancréatique.
- minutie dans l'exécution des sutures qui ne doivent porter que sur des tranches bien vascularisées dont la déhiscence toujours possible, ne donnera aujourd'hui souvent que de petites filtrations passagères.
- enfin, reconnaissance et traitement immédiat d'une complication per opératoire en particulier dans le domaine biliaire.

b) sur le plan de la réanimation, les progrès réalisés dans la préparation des malades évitent sûrement un certain nombre de ces complications. Il faudra surtout redouter et minutieusement préparer les sujets très amaigris (surtout si l'amaigrissement est de l'ordre de 20% du poids habituel (CANNON), les cancéreux dont les possibilités de cicatrisation sont médiocres, les sujets qui ont présenté une hémorragie massive même si elle a été bien compensée, enfin les malades en sténoses.

R E S U L T A T S

NOMBRE DE GASTRECTOMIES		<u>TOTALITE DE LA STATISTIQUE</u>			<u>10 DERNIERES ANNEES</u>		
		1 0 9 0			4 8 3		
Fistules		Nombre de cas	Guérisons	Décès	Nombre de cas	Guérisons	Décès
F. GASTRO-JEJUNALES....		12	8	4	1	1	0
F. APRES GASTRECTOMIE TOTALE		7	1	6	4	1	3
F. APRES GASTRECTOMIE POLAIRE SUPERIEURE....		1	0	1	1	0	1
FISTULE DUODE- NALES.....	Moignon	8	2	6	3	2	1
	Anastomose gastro- duodénale	4	1	3	0	0	0
FISTULES BILLAIRES.....		7	4	3	6	4	2
FISTULES PANCREATIQUES		2	1	1	1	0	1
T O T A L		41	17	24	16	8	8

C O N C L U S I O N S

- 1°- Les fistules digestives survenant après gastrectomie ont fait l'objet de peu de travaux d'ensemble. Nous avons trouvé 41 observations sur 1090 gastrectomies pratiquées dans le service du Professeur BERTRAND entre 1942 et 1965.
- 2°- Ces fistules se présentent sous différents aspects anatomo-cliniques et évolutifs. Nous avons retenu :
- 12 fistules gastro-jéjunales .
 - 1 fistule après gastrectomie supérieure.
 - 7 fistules après gastrectomies totales.
 - 12 fistules duodénales. Dont 8 par lâchage du moignon et 4 par déhiscence d'une anastomose gastro-duodénale.
 - 7 fistules biliaires.
 - 2 fistules pancréatiques.
- 3°- Chaque variété clinique reconnaît dans son étiologie un certain nombre de facteurs favorisants :
- des facteurs locaux : ces complications sont survenues après exérèse de lésions gastriques extensives (ulcère ou cancer) qui avaient réalisé une véritable "maladie loco-régionale". Ces facteurs sont à la base des fistules duodénales, biliaires et pancréatiques. Ils peuvent modifier l'indication thérapeutique en cours d'intervention.
 - des facteurs techniques: ils expliquent au moins en partie les fistules survenant après gastrectomie totale et les fistules gastro-jéjunales dont la fréquence a considérablement diminuée.

- 4°- Ces complications présentent une certaine unité thérapeutique qui repose dans tous les cas sur des méthodes locales (aspiration, irrigation) et générales (réanimation et diététique) permettant la guérison d'un nombre important de ces fistules.
- 5°- Les indications chirurgicales de reprise sur des malades ainsi préparés sont fonction du type de la fistule et de son évolution sous traitement médical. Peuvent ainsi bénéficier d'une réintervention :
- les fistules prolongées après anastomose gastro-duodénale
 - quelques cas heureux de fistules après gastrectomie totale.
 - les fistules biliaires qui atteignent un certain débit
 - enfin, très exceptionnellement, les fistules gastriques, duodénales, pancréatiques passées à la chronicité.
- 6°- Le pronostic considérablement amélioré de nos jours reste néanmoins très sévère pour les fistules après gastrectomies totales. Il peut être également péjoratif pour quelques fistules duodénales majeures qui échappent au traitement médical et pour certaines fistules biliaires qu'une reprise opératoire ne peut contrôler.
- 7°- La comparaison des statistiques montre la diminution très notable de ces complications en particulier au cours des 10 dernières années. L'étude des différentes variétés anatomo-cliniques de ces fistules permettant d'apprécier les progrès techniques réalisés et d'éviter les écueils des gastrectomies difficiles.

Le Président de la Thèse :

M. le Professeur BERTRAND

VU et permis d'imprimer

LYON, le 31 Mai 1966

VU, le Doyen

J. F. CIER

Le Recteur, Président du
Conseil de l'Université ,

P. LOUIS

RESUME DES OBSERVATIONS

I) DEHISCENCE DES ANASTOMOSES GASTRO-JEJUNALES

A - Péritonite sans fistulisation cutanée.

A 1 : PA... 1943 - 55 ans -

Ulcère de la petite courbure pénétrant le pancréas.

Billroth 2 au bouton.

Adhérence pancréatique ++ Rondelle gastrique laissée en place.

Décès le 4ème jour, Lâchage de suture.

A 2 : BRA... 1956 - 54 ans -

Ulcère haut situé de la petite courbure (Antécédent GEA pour
ulcère duodénal, Ulcère chronique de DI.

Découverte per opératoire d'un ulcère haut situé de PC

Polya avec recoupe + Drain

2ème jour : tableau péritonéal + Emphysème sous cutanée de la
paroi abdominale. Gaz ++ par le drain.

Réintervention. Liquide malodorant dans le ventre.

Tissu d'aspect presphécalique. Perforation non trouvée 1 drain.

Décès le soir-même.

A 3 : BOY...L. 1954 - 70 ans -

Cancer de la petite courbure.

Adénopathie de la faux de la coronaire

Section très haute de la coronaire stomachique.

Section des vaisseaux coronaires au ras du pédicule splénique.

Gastrectomie subtotale vraie. Anastomose serrée jéjuno-jéjunostomie

complémentaire . Polya.

Syndrome douloureux depuis le 2ème jour.

Tableau péritonite. Décès le 8ème jour.

Nécro: 1 litre de pus dans le ventre.

Lâchage de la suture gastro-intestinale 1cm en arrière.

B - Fistules Gastro-jéjunales vraies.

1. MA... 1943 - 64 ans -

Ulcère de la petite courbure, très adhérent au pancréas,
gastrectomie type BILLROTH 2 au bouton.

Fistule apparue au 9ème jour.

Sonde de CAMUS placée sous contrôle radiologique.

Guérison en 7 jours.

2. CHA... 1943 - 49 ans -

Cancer de la grande courbure.

Gastrectomie type BILLROTH 2 + colectomie transverse de nécessité.

Fistule gastrique, aspiration locale , guérison.

2 Bis. ALA... 1943 - 42 ans -

Ulcère duodénal cicatrisé et très gros ulcère calleux juxta-cardiaque
pénétrant le pancréas.

Gastrectomie type BILLROTH 2 au bouton.

Tableau de péritonite au 3ème jour, réintervention, lâchage de la
tranche de suture. Fermeture et jéjunostomie d'alimentation.

Fistule gastrique importante ; décès au 10ème jour.

Vérification anatomique: la suture de la tranche gastrique a tenu,
mais il existe une nécrose au contact du bouton.

3. GEN... 1946 - 53 ans -

Ulcère du pylore cicatrisé et énorme ulcère de la petite courbure
atteignant le cardia pénétrant le foie et le pancréas,

Gastrectomie type POLYA, grosse difficulté de suture du plan supérieur
à proximité du cardia, du fait de l'infiltration des tissus, fistule au
12ème jour, aspiration locale, guérison en 9 jours.

4. DUT... 1947 - 44 ans -
Ulcère du bulbe duodénal, pénétrant le pancréas.
 Malade opéré antérieurement d'un pseudo-kyste pancréatique.
 Gastrectomie type POLYA difficile du fait de l'adhérence de la face postérieure de l'estomac et du duodénum au pancréas.
 Fistule gastrique traitée par aspiration et soupe de pain cuit
 Guérison obtenue en 1 mois.

5. BON... 1947 - 38 ans -
Cancer du pylore en sténose.
 Néoplasme libre mais importante adénopathie coronaire.
 Gastrectomie type POLYA, la section gastrique passe au ras du cardia, une gastrectomie totale n'a pu être effectuée en raison du volume du lobe gauche du foie.
 Fistule au 6ème jour, aspiration locale. Guérison.

- 5.bis RE... 1947 - 56 ans -
Cancer prépylorique en sténose; énormes adénopathies sous et rétro-pyloriques et coronaires.
 Gastrectomie type POLYA avec curage ganglionnaire complet.
 Fistule gastrique, aspiration continue, décès par cachexie.

6. CO... 1948 - 67 ans -
Ulcère géant (paume de la main) sous cardiaque, pénétrant le foie et le pancréas, tissus cartonnés.
 Gastrectomie type BILLROTH 2 à la suture, qui apparaît très précaire une gastrectomie totale aurait été préférable mais l'infiltration oesophagienne ne permet pas de la pratiquer.
 Fistule gastrique au 2ème jour. Tentative infructueuse de passage d'une sonde transanastomotique.
 Décès au 7ème jour.

7. GRO... 1954 - 42 ans -
Ulcère triple sous cardiaque, petite courbure (perforé bouché dans le foie) prépylorique(perforé bouché avec abcès sous phrénique)
 Gastrectomie type BILLROTH 2 à la suture et splénectomie pour blessure per opératoire de la rate.

Fistule le 4ème jour. Aspiration locale.

Guérison obtenue en 2 mois.

8. PAR... 1954 - 69 ans -

Cancer du pylore en sténose.

Gastrectomie subtotale vraie, type BILLROTH 2, au bouton, qui est placée sur la grande courbure.

Fistule gastrique traitée localement par aspiration et placenta.

Plus soupe de pain cuit.

Cachexie et parotidite bilatérale. Décès au 20ème jour.

9. MON... 1955 - 46 ans -

Ulcère hémorragique de la petite courbure haute.

Gastrectomie type FINSTERER.

Fistule au 6ème jour, aspiration locale.

Guérison obtenue en 2 mois.

10. SCH... 1962 - 60 ans -

Ulcère sous cardiaque.

Gastrectomie des 9/10ème. POLYA. La calotte gastrique apparaît mal vascularisée. Fistule apparue au 7ème jour, aspiration locale et soupe de pain cuit, guérison en 10 jours.

Une gastrectomie polaire supérieure avait été discutée en début d'intervention.

II - FISTULE APRES GASTRECTOMIE POLAIRE SUPERIEURE

G 1 KHE... 1961 - 49 ans -

Ulcère sous cardiaque et hémorragique adhérent au pancréas.

Gastrectomie polaire supérieure (DELOYERS) anastomose oesogastrique en deux plans à points séparés au nylon, splénectomie du fait de la ligature de l'artère splénique à son origine adhérent à l'ulcère.

Fistule oesogastrique.

Jéjunostomie le 14ème jour. Dénutrition progressive, mauvais fonctionnement de la jéjunostomie. Décès au bout de 2 mois.

III - LACHAGES D'ANASTOMOSES APRES GASTRECTOMIES

TOTALES

1) Lâchage intrapéritonéal sans fistulisation cutanée.

B 1 DU... 1948 - 37 ans -

Cancer gastrique, mauvais état général, amaigrissement de 10 Kg.
Gastrectomie totale par voie abdominale, avec splénectomie, anastomose oesojéjunale, type LEFEVRE. Duodéno-jéjunostomie au bouton.
Tableau de péritonite au 6ème jour et décès.

Vérification anatomique: lâchage de la suture oesophagienne au niveau de sa partie antérieure, l'orifice est gros comme une lentille, la Duodéno-jéjunostomie fonctionne bien.

B 2 MAR... 1959 - 70 ans -

Cancer de l'antre pylorique.

Gastrectomie totale élargie (splénectomie, pancréatectomie caudale)
rétablissement de la continuité par interposition de la 2ème anse jéjunale, toutes les anastomoses sont termino-terminales à points séparés au nylon. Tableau d'iléus. Décès au 4ème jour.

Vérification anatomique: lâchage de l'anastomose jéjuno-duodénale
l'anastomose oeso-jéjunale est normale. Les premières anses jéjunales sont très dilatées en amont d'une anse coudée par une adhérence dans la loge splénique au contact d'un petit hématome.

B 3 SAR... 1962 - 44 ans -

Cancer gastrique pénétrant le colon transverse, voie d'abord abdominale. Gastrectomie totale et colectomie transverse. Rétablissement de la continuité oesoduodénale par interposition, anastomose oesojéjunale, termino latérale, anastomose duodéno-jéjunale, termino-terminale en deux plans à points séparés, rétablissement de la continuité au gros bouton de VILLARD.

Suture colo-colique en deux plans à points séparés, suspension du transverse gauche à la paroi abdominale.

Douleurs abdominales aiguës au 8ème jour après injection de liquide dans la sonde de LEVINE.

Réintervention : l'anastomose jéjuno-jéjunale au bouton a lâché, réfection à la suture à points séparés en un plan. Toutes les autres anastomoses sont normales . Guérison .

2) Fistules après gastrectomie totale.

1. CHA... 1948 - 58 ans -

Cancer gastrique (linite)

Gastrectomie totale effectuée par voie abdominale.

Anastomose oeso-duodénale au bouton.

Fistule au 3ème jour - Décès au 4ème .

2. LAC... 1949 - 47 ans -

Ulcères multiples de la petite courbure pénétrant dans le pancréas.

Adénopathies coronaires. Aspect macroscopique de néoplasme.

Gastrectomie totale, voie abdominale. Rétablissement de la continuité par anastomose oeso-jéjunale type LEFEVRE. Jéjuno-jéjunostomie au bouton. Fistule au 2ème jour. Mise en place d'une sonde de gros calibre transanastomotique sous contrôle radiologique .

Cachexie, Décès après 45 jours.

3. PRA... 1955 - 61 ans -

Cancer de la grosse tubérosité atteignant le cardia.

Gastrectomie totale. Anastomose oeso-jéjunale sur la 1ère anse en situation précolique. Anastomose en 2 plans à la soie. Jéjuno-jéjunostomie. Fistule apparue au 6ème jour, décès au 8ème.

Collapsus et hyperthermie.

4. SAR... 1955 - 37 ans -

Cancer gastrique (linite). voie d'abord abdomino-thoracique type GARLOCK.

Gastrectomie totale et splénectomie. Anastomose oeso-jéjunale en trois plans à la soie. Jéjuno-jéjunostomie complémentaire.

Fistule apparue au 20ème jour après ouverture d'un abcès sous phrénique. Décès le 21ème jour.

Vérification anatomique: désunion de la moitié postérieure de l'anastomose oeso-jéjunale et de la jéjuno-jéjunostomie.

5. SAV... 1959 - 71 ans -

Gros ulcère de la face postérieure de la grosse tubérosité + hernie hiatale.

Gastrectomie totale + splénectomie (la suture sur le moignon supérieur était impossible.

Fistule apparue au 12ème jour, ayant duré trois mois.

Guérison, mais rétrécissement de l'anastomose ayant nécessité des dilatations.

6. VIG... 1961 - 64 ans -

Double cancer : petite et grande courbure.

Gastrectomie totale + splénectomie.

Rétablissement de la continuité par interposition de la 2ème anse jéjunale (anastomose oeso-jéjunale termino latérale) Toutes les sutures sont faites en 2 plans à points séparés. Suspension du transverse gauche à la paroi abdominale.

Fistule, décès au 20ème jour.

7. GAM... 1963 - 62 ans -

Ulcère sous cardiaque pris pour un cancer.

Gastrectomie totale élargie.

Rétablissement de la continuité par interposition de la 2ème anse jéjunale (anastomose oeso-jéjunale, termino-terminale). Toutes les anastomoses sont faites en deux plans à points séparés.

Fistule apparue au 10ème jour. Mise en place d'une sonde sous contrôle télévisé le 17ème jour, dépassant l'anastomose jéjuno-duodénale. Décès le 27ème jour par hémorragie (hématémèse et mélène).

Vérification anatomique: lâchage des 2 anastomoses, aspect défavorable de l'anse interposée. Erosion artérielle du mésocolon transverse et fistule duodénocolique.

IV - FISTULES DUODENALES

A - LACHAGE DU MOIGNON DUODENAL

1) Sans fistulisation cutanée

C 1 CHA... 1945 - 59 ans -

Ulcère de DI, adhérent au pédicule hépatique.

Gastrectomie pour exclusion. POLYA.

Vomissements et défense du flanc droit.

Réintervention le 4ème jour. La bouche est normale, les anses afférentes et efférentes ne sont pas dilatées. Fistule duodénale épiplooplastie, une mèche un drain.

Décès au 5ème jour.

C 2 DER... 1955 - 77 ans -

Ulcère de DI perforé bouché.

Gastrectomie type POLYA.

Au 10ème jour, douleurs épigastriques brutales et contractures généralisées.

Réintervention, fistule du moignon duodénal, 2 mèches I drain

Décès au 13ème jour.

C 3 ANG... 1952 - 58 ans -

Cancer prépylorique avec nombreuses adénopathies.

Gastrectomie type BILLROTH 2 au bouton et jéjuno-jéjunostomie à la suture. Ligature de l'artère gastro-duodénale blessée, difficultés d'enfouissement du duodénum.

Défense de l'hypochondre droit, circuit gastrique excellent.

Réintervention le 12ème jour, fistule duodénale, une mèche, I drain.

Cachexie. Décès en deux mois.

C 4 NAP... 1954 - 69 ans -

Cancer prépylorique.

Gastrectomie type POLYA, douleurs sous costales violentes au 6ème jour, choc, décès le soir même. Vérification: fistule duodénale.

C 5 LAG... 1962, - 58 ans -

Cancer prépylorique.

Gastrectomie des 4/5ème type POLYA.

Réintervention au 12ème jour pour péritonite. Lâchage duodénal partiel, fermeture en deux plans, un drain.

Réapparition de la fistule 3 jours plus tard, aspiration locale, acide lactique.

Décès 15 jours plus tard. Déshydratation, cachexie.

C 6 COL... 1964 - 56 ans -

Cancer prépylorique avec nombreuses adénopathies sous pyloriques et coronaires.

Gastrectomie des 4/5 type POLYA.

Réintervention au 12ème jour pour syndrome péritonéal et vomissements, anse afférente dilatée, anastomose normale, lâchage duodénal un drain. Guérison de la fistule.

Ce malade est décédé 3 mois plus tard de métastases cérébrales.

2) Lâchage du moignon duodénal avec fistule.

C 8 TOG... 1945 - 48 ans -

Ulcère de DI

Périduodénite. Section du duodénum au ras de l'ulcère prenant celui-ci dans l'enfouissement duodénal.

Gastrectomie type BILLROTH 2 au bouton, précolique. Une mèche, 1 drain

Fistule apparue au 4ème jour, aspiration continue.

Décès au 6ème jour dans un tableau de péritonite généralisée.

C 9 DOM... 1952 - 71 ans -

Ulcère de DI, pénétrant dans le pancréas, symphyse sous hépatique.

Gastrectomie type POLYA, fistule duodénale apparue le 12ème jour.

Aspiration locale,

Décès au 30ème jour, cachexie.

C 10 LOP... 1957 - 62 ans -

Ulcère du pylore, perforé bouché, infiltration de la tête pancréatique.
 Gastrectomie type POLYA, libération difficile du duodénum, enfouissement type CUNEO, un drain,
 Fistule apparue au 4ème jour, aspiration locale, guérison. Reprise d'un petit écoulement duodénal 45 jours plus tard, guérison en 8 jours.

C 11 MIL... 1959 - 76 ans -

Ulcère hémorragique géant, prépylorique, couvert par le foie.
 Gastrectomie type POLYA, enfouissement duodénal en 2 plans, drain.
 Fistule apparue au 13ème jour de faible débit (150 cc) aspiration locale, Rx sténose de la bouche, moignon dilaté, reflux dans l'anse afférente mais pas de vomissements.
 Jéjunostomie au 25ème jour, amélioration spectaculaire, guérison de la fistule.
 Fermeture de la jéjunostomie au bout de 3 mois.

C 12 AND... 1962 - 62 ans -

Ulcère duodénal post bulbaire du jénu superius, dissection duodénale difficile, duodénectomie sous séreuse.
 Gastrectomie type POLYA, fistule apparue au 3ème jour, sonde dans l'anse efférente, acide lactique, et aspiration locale.
 Jéjunostomie au 18ème jour, car la sonde d'alimentation est bouchée. mauvais fonctionnement de la jéjunostomie.
 Accentuation de la fistule (1200 cc par jour)
 Décès par cachexie le 26ème jour.

C 13 PRO... 1942 - 46 ans -

Cancer de l'antre pylorique.
 L'adhérence pancréatique oblige à une dissection de D1 et D2.
 Gastrectomie type BILLROTH 2 au bouton de JABOULAY.
 Fistule, aspiration continue.
 Décès au d'un mois.

C 14 CEL... 1949 - 67 ans -

Cancer de l'antre pylorique, adhérent au pancréas, duodénectomie faite au-delà du jénu superius.

Gastrectomie de type POLYA, un drain.

Fistule apparue au 3ème jour, aspiration locale.

Décès au 15 ème jour.

C 15 BOU.... 1951,- 70 ans -

Cancer de la petite courbure.

Gastrectomie type BILLROTH 2 au bouton de VILLARD.

Fistule au 23ème jour, aspiration locale.

Décès par hémorragie foudroyante, issue du trajet fistuleux.

B - DEHISCENCES D'UNE ANASTOMOSE GASTRO-DUODENALE

a) sans fistulisation cutanée

D 7 AR... 1946, 53 ans -

Cancer prépylorique.

Gastrectomie subtotale, KOCHER, SANTY au bouton.

Douleurs épigastriques au 7ème jour. Réintervention: double perforation au niveau de l'anastomose, bouton libre dans l'estomac.

Réfection de l'anastomose sonde de CAMUS transanastomotique.

Décès le lendemain.

b) avec fistule cutanée

16. BON... 1942 - 64 ans -

Ulcère haut situé de la petite courbure (face postérieure) pénétrant le pancrès.

PEAN KOCHER au bouton, Fistule au 8ème jour très abondante.

Impossibilité de passer une sonde de CAMUS.

Décès au 12ème jour.

17. EOU... 1942 - 47 -
Ulcère juxta cardiaque face postérieure,
 Gastrectomie des 4/5 PEAN KOCHER au bouton. Fistule.
 Décès au 9ème jour.
18. BAD... 1942 - 34 ans -
Ulcère pylorique, perforé suturé.
 Gastrectomie à la 3ème semaine, PEAN KOCHER au bouton.
 Fistule au 12ème jour. Aspiration continue.
 Guérison.
19. COM... 1942 - 64 ans -
Cancer de la petite courbure
 PEAN KOCHER au bouton.
 Fistule au 5ème jour.
 Décès au bout d'un mois. Cachexie.

V - FISTULES BILIAIRES

1. GIV... 1947 - 69 ans -
Ulcère du pylore, coulée de ciment au pied du pédicule hépatique,
Section du cholédoque très fin, suture bout à bout, sur sonde urétérale
 N° 18, Cholécystomie. Gastrectomie type BILLROTH 2 au bouton.
 Fistule biliaire au 5ème jour, diminution du débit de la cholécystomie.
2. BER... 1959 - 55 ans -
Ulcère de D1, et fistule cholédoco-duodénale connue avant l'inter-
vention. Section du duodénum en plein ulcère, orifice cholédocien
 supérieur bien vu, le bout inférieur n'est pas retrouvé. Suture en
 couronne de l'orifice supérieur sur D2 sur drain tuteur sorti à la
 WOELCKER. Réfection de la suture en fin d'intervention à la suite de
 la chute du drain tuteur. Réintervention le soir même pour hémorragie
 (splénectomie + ligature des vaisseaux épiploïques).
 Fistule bilio-duodénale au 4ème jour (1 litre de sang)
 Décès au 16ème jour.

3. ROS... 1962 - 65 ans -

Ulcère de la petite courbure pénétrant dans le pancréas, estomac en escargot, du fait de la rétraction, libération laborieuse.

Gastrectomie type POLYA.

Fistule biliaire puis subictère au 10ème jour; aspiration locale et acide lactique.

Guérison en 3 semaines.

4. CHE... 1962 - 35 ans -

Ulcère de DI englobant le cholédoque.

Gastrectomie pour exclusion, type POLYA, libération très difficile de la vésicule.

Fistule biliaire (200 cc), aspiration locale.

Guérison en 15 jours.

5. VOL... 1962, 50 ans,

Ulcère duodénal rétractant le pédicule hépatique.

Cholédocotomie de repérage, gastrectomie type POLYA. Drain de KEHR.

Contrôle radiologique biliaire normal au 8ème jour. Au 15ème jour, persistance d'une fistule biliaire + angiocholite.

Réintervention au 48ème jour, abcès bilio purulent sous phrénique, gauche. Cholédocotomie béante, cholédoque inférieur non perméable.

Hépatico-jéjunostomie sur une anse en Y et sur un drain tuteur.

Reprise de la fistule biliaire au 3ème jour.

Décès au 5ème jour.

6. KOS... 1964 - 43 ans -

Ulcère de DI, duodénum fixé, gastrectomie type POLYA.

Plaie latérale punctiforme du cholédoque au bistouri électrique, suture à la soie.

Fistule biliaire avec ictère transitoire.

Guérison spontanée.

7. SCA... 1964 - 56 ans -

Ulcère de DI, pénétrant le petit épiploon,

Gastrectomie type POLYA.

Ictère, réintervention au 9ème jour, très grosse vésicule, gros cholédoque avec arrêt total au contrôle radiologique (ligature basse du cholédoque)

Cholécysto-duodénostomie.

Fistule biliaire au 8ème jour. Aspiration locale et acide lactique. Guérison.

VI - FISTULES PANCREATIQUES

P 1 FAG... 1954 - 50 ans -

Cancer de l'antre pylorique pré et rétro pancréatique, libération duodénale difficile et hémorragique.

Gastrectomie type BILLROTH 2 au bouton.

Fistule pancréatique, aspiration continue.

Guérison.

P 2 CHA... 1963 - 71 ans -

Cancer de l'antre pylorique adhérent au corps du pancréas.

Gastrectomie des 4/5ème, type POLYA.

Fistule pancréatique.

Décès au 10ème jour, circonstances non précisées.

B I B L I O G R A P H I E

La bibliographie d'un tel sujet étant particulièrement étendue, nous ne citerons que les principaux travaux consultés, chacun d'entre eux étant suivi de nombreuses références.

ALBOT OLIVIER :

Retentissement cholédoco-duodéno-pancréatique des ulcères duodénaux et ictères des gastrectomisés.
Arch. des Mal. de l'App. dig. et des Mal. de la Nutr.; 39, 11, 1086, 1950.

ALBOT - KAPANDJI :

Les cholédoques courts au cours des gastrectomies.
Semaine des Hôpitaux, 31, 34, 1964, 1955.

ANDERSON R.E. et WITROWSKI L.J.

Acute complications following transabdominal gastric resection.
Arch. Surg. 1960, 80, 276-282.

ABOULKER :

Plaies des canaux pancréatiques.
Enc. Méd. Chir. : Voies biliaires, pancréas, 2509 B.

BARNNETT :

Management of the difficult duodenal stump.
Ann. Surg. 1964, 159, 794, 801.

BARNNETT :

Investigations regarding the management of duodenal stump.
S. G. O. 113, 197, 1961.

BARTLETT L.C. :

The etiology and technic of surgical management of pancreatic fistula.
S. G. O. 102, 413, 1956.

BAZY - LORTAT JACOB :

La duodénectomie rétrograde.
Mém. Acad. de Chir. 1944, 70, 142, 147.

BERTRAND - CREYSEL :

Traité de thérapeutique chirurgicale.

CAROLI J. et GLASER :

Les ictères de la gastrectomie.

Arch;des Mal. de l'App. dig. et des Mal. de la Nutr., 39, 11, 1058, 1950.

CASE T.C. :

Post. Opérative fistula.

Amer. Jour. of Surg., 99, 898, 1960.

CATTEL :

General considerations in the management of benign strictures of the bile duct.

Surgical practice of the Lahey Clinic. Philadelphie 1962.

CHAMBLER K. :

The management of duodenal stump fistula.

Lancet 1958, 2, 1333.

COSTANTINI :

Etude critique de l'anastomose gastro-duodénale type PEAN.

Revue de chirurgie, Vol. 69 , N°1 , 1950.

COOPER P. :

Duodenal closure after gastrectomy for duodenal ulcer.

Surg. 1961, 50 , 425.

DETRIE Ph.:

Les gastrectomies mortelles.

Revue de chirurgie 1955, 148, 180 (nombreuses références)

EDMUNDS :

External fistula arising from the gastro intestinal tract.

Ann. of Surg. 152, 445 , 1960 (nombreuses références).

GAVIOLI :

I cas de fistule cholédoco duodénale post ulcéreuse.

Arch. Ital. Chir. 1955 , 79, N°1, 60-88 (nombreuses références)

GUELETTE :

Chirurgie de l'estomac.
MASSON, Paris 1956.

GARDNER B. :

Early complications of gastrectomy.
Arch. Surg. 1964, 89, 475-480.

HARKINS :

Surgery of stomach and duodenum.
BOSTON.

HEPP - GRIMOUD - MERCADIER :

Les fistules biliaires .
Rapport au Congrès Français de Chirurgie , 54ème session, 1952.
(+ Bibliographie)

HOWARD - JORDAN :

Surgical disease of the pancreas.
Pitman médical page 585.

ILLES J. :

Plaie du cholédoque au cours d'une gastrectomie pour ulcère.
Mém. Acad. de Chir. 1957, 83, 176-180.

JAUBERT de BEAUJEU :

Section papillaire de principe et réimplantation.
LYON Chirurgical, 49, 1954, P. 997.

LAPEYRE :

Les fistules biliaires.
Encyc. Méd. Chir. Voies Biliaires Pancréas, 70, 59, 810.

LEFEVRE :

Gastrectomies totales.
Journ. de Chir. 1951, page 67, 322-344.

LEGER :

Pertes électrolytiques par fistule biliaire.
PM. 1955, 63, N°69, 1421.

LE ROY :

Gastrectomies totales.

Mém. Acad. CHIR. 1958, page 851.

LORTAT JACOB - LEFEVRE :

Indications et résultats de la gastrectomie totale dans le cancer de l'estomac.

Rap. au Congrès de Chir. 53ème Session 1950.

LOYGUE :

Les fistules duodénales.

Thèse PARIS 1947 . (Importante bibliographie)

MARTIN - GRADY :

Complications of partial gastrectomy for peptic ulcer.

Amer. Surgeons 19, 593 , 1953.

MIALARET :

L'opération de PEAN.

Arch. Mal. App. dig. 1957, 2, page 34.

MILLER :

Physiologic observation of patients with external pancreatic fistula.

Annales surgery, 120, 852, 1944.

MOUCHET - CAMEY :

Gastrectomies totales avec interposition d'un segment de grêle entre oesophage et duodénum.

Arch. Mal. App. Dig. 1953, 42, 621, 633.

MOUCHET :

Gastrectomies totales.

Mém. Acad. Chir. 1959 page 781-794.

MIRIZZI :

Fistules biliaires internes.

Rapp. au Congrès de Chir. 1951.

OLIVIER :

Chirurgie des voies biliaires (MASSON).

PEYCELON :

Blessures opératoires des voies biliaires au cours des gastrectomies.
LYON Chirur. 1943, 38, N°2, 169, 170.

PATEL J.C. :

Les désinsertions accidentelles de la papille au cours des gastro-duodénectomies.
J. Chir. 1962, 84, 441, 462.

PEYCELON - MARGOTTON :

Blessures opératoires du cholédoque au cours des gastro-duodénectomies pour ulcères.
LYON Chir. 1948, N°3, 327-329.

PEARSON S. :

The use of catheter duodenostomy in gastric resection dor duodenal ulcer.
Am. J. Surg. 1963, 106 , 194, 205.

POILLEUX :

Fistules pancréatiques.
Encyc. Méd. Voies biliaires pancréas, 2509.

RENOM :

Le risque bilio pancréatique au cours de la gastrectomie pour ulcères.
Journ. de Chir. 1958, 410.

ROBERTSON H.R. :

The duodenal stump.
S. G. O. 1955 , 101, 636.

RODNEY - MAINGOT :

Abdominal operations.
(NEW-YORK).

ROUX :

Chirurgie des voies biliaires extra hépatiques.

SANTY :

Blessure du cholédoque et du wirsung.
LYON Chir. 1943, 38, 167-168.

SALEMBIER :

Le risque opératoire en chirurgie bilio-pancréatique.
MASSON 1959.

SCHONBERGER H. - STANLEY :

Results of Surgery for peptic ulcer.
PHILADELPHIE (WEBSAUNDERS COMPANY)

SEROR - RIVES :

Duodénectomie rétrograde appliquée au traitement de l'ulcère
calleux postérieur du 1er duodénum.
Journ. de Chir. 1962, 83 , 51-62.

SOUPAULT R. :

Les anastomoses bilio-digestives et pancréato-digestives.
MASSON 1961.

STAMMERS :

Partial gastrectomy.
BUTTERWORTS . London 1963.

STATE - DAVID :

Immediats complications of gastric surgery.
Surgical clinics of North America. Vol. 44, Avril 1964, N°2.

TREMOLIERES :

Traitement des fistules digestives externes par l'acide lactique.
Ann. Chir. 1963, 17, 950-957.

WEST - RING - MILLER :

Fistules intestinales externes post opératoires.
S. G. O. Vol. 113, N°4, 1961, p. 490-496.

TABLE DES MATIERES

I - Introduction	1
II - Plan d'ensemble	4
 <u>PREMIERE PARTIE : ETUDE ANALYTIQUE DES DIFFERENTES VARIETES</u>	
DE FISTULES	5
Chapitre I : FISTULES GASTRO-JEJUNALES	6
Chapitre II : FISTULES APRES GASTRECTOMIE TOTALE	27
Chapitre III : FISTULES APRES GASTRECTOMIE POLAIRE SUPERIEURE	41
Chapitre IV : LES FISTULES DUODENALES	
- 1ère partie : Les lâchages du moignon.....	42
- 2ème partie: Les fistules après anastomose gastro-duodénale	65
Chapitre V : LES FISTULES BILIAIRES	70
Chapitre VI : LES FISTULES PANCREATIQUES	88
 <u>DEUXIEME PARTIE : ETUDE SYNTHETIQUE DES PROCEDES</u>	
THERAPEUTIQUES	92
• <u>RESULTATS</u>	<u>98</u>
CONCLUSIONS	99
RESUME DES OBSERVATIONS	101
BIBLIOGRAPHIE	115

